

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN

Sociologia

Ciclo XXVII

Settore Concorsuale di afferenza: 14/C2

Settore Scientifico disciplinare: SPS/08 Sociologia dei processi culturali e comunicativi

**La valutazione degli strumenti per la diagnosi sociale della genitorialità
Uno studio di caso sulla provincia di Bologna**

Presentata da: dott.ssa Anna Ortolani

Coordinatore Dottorato

Relatore

Chiar.mo Prof. Ivo Colozzi

Chiar.ma Prof.ssa Federica Bertocchi

Esame finale anno 2015

**La valutazione
degli strumenti per la diagnosi sociale della genitorialità
Uno studio di caso sulla provincia di Bologna**

INDICE

INTRODUZIONE

1. Il disegno della ricerca	pag. 11
2. Gli obiettivi di ricerca	» 14
3. Note biografiche e metodologiche	» 15

PARTE PRIMA

Dimensioni teoriche del <i>Social Work</i> tra sociologia e scienze sociali	» 18
--	------

CAPITOLO PRIMO

<i>L'importanza di strumenti per la diagnosi sociale</i>	» 19
1. I principali modelli di servizio sociale e differenti strumenti diagnostici	» 23
1.1 L'approccio tradizionale: medico-lineare	» 24
1.1.1 <i>Il Problem Solving</i>	» 25
1.1.2 <i>Il modello Psico-sociale</i>	» 27
1.1.3 <i>Il modello Funzionale</i>	» 30
1.1.4 <i>Il modello di modificazione del comportamento o socio-comportamentale</i>	» 31
1.1.5 <i>Il modello centrato sul cliente o Rogersiano</i>	» 33
1.1.6 <i>Il modello centrato sul compito</i>	» 34
1.2 L'approccio olistico: processuale	» 36
1.2.1 <i>Il modello esistenziale</i>	» 37
1.2.2 <i>Il modello unitario</i>	» 39
1.2.3 <i>Il modello unitario basato sul compito</i>	» 40
1.2.4 <i>Il modello integrato</i>	» 43
1.2.5 <i>Il modello sistemico-relazionale</i>	» 44
1.2.6 <i>Il modello di rete o ecologico</i>	» 48

2. Una proposta innovativa nell'applicazione del modello integrato: il progetto promosso dal centro specialistico "il Faro"	»	52
CAPITOLO SECONDO		
<i>Diagnosi sociale e valutazione delle cure genitoriali</i>	»	57
1.Valutazione: della genitorialità e della recuperabilità	»	61
2. Indagine sociale e valutazione	»	65
3. I diversi approcci alla valutazione	»	70
3.1 Modello Ecologico	»	72
3.1.1 <i>Modello ecologico dello sviluppo di Bronfenbrenner</i>	»	73
3.1.2 <i>Modello Ecologico dell'intervento di Belsky</i>	»	74
3.2 Modello clinico-funzionale	»	75
3.2.1 <i>Reder e Lucey</i>	»	76
3.2.2 <i>Browne</i>	»	78
3.2.3 <i>Azar, Lauretti e Loding</i>	»	78
3.2.3. <i>Budd</i>	»	79
3.3 Modello fondato sulle osservazioni naturalistiche	»	79
3.4 Modello fondato su strumenti strutturati	»	80
3.4.1 <i>Parental Bonding instrument</i>	»	81
3.4.2 <i>Darlington Family Assessment System</i>	»	81
3.4.3 <i>Family Environment Scale</i>	»	81
3.4.4 <i>Mc Master Family Assessment</i>	»	81
3.4.5 <i>Analisi SWOT</i>	»	82
3.4.6 <i>Parenting Stress Index</i>	»	82
3.4.7 <i>Partner Quality Test</i>	»	82
3.4.8 <i>Scala di atteggiamento ottimista</i>	»	82
3.4.9 <i>Family Environmental Scale</i>	»	83
3.5 Modello dei Protocolli	»	83
3.5.1 <i>Parton e O'Byrne</i>	»	83
3.5.2 <i>Common Assessment Framework</i>	»	86
3.5.3 <i>Protocollo per le indagini sociali</i>	»	92
3.5.4 <i>Assessment of Parental Skills-Interview</i>	»	93
3.6 Modello <i>process oriented</i> basato su fattori di rischio e protettivi nonché sui concetti di vulnerabilità e resilienza	»	94
3.7 Modello di <i>parenting support</i>	»	100
4. L'approccio sperimentato nel progetto del "Faro"	»	101

CAPITOLO TERZO

<i>Gli strumenti di lavoro classici dell'assistente sociale:</i> <i>colloquio, visita domiciliare, cartella sociale e relazione sociale</i>	»	105
1. Il colloquio	»	106
2. La visita domiciliare	»	111
3. La cartella sociale	»	113
4. La relazione sociale	»	115
5. Conclusioni	»	117

PARTE SECONDA

Configurazioni empiriche del <i>Social Work</i> attraverso lo studio di caso della provincia di Bologna	»	122
--	---	-----

CAPITOLO QUARTO

<i>Gli strumenti per la diagnosi sociale della provincia di Bologna</i>	»	123
1. La scheda socioanamnestica multidimensionale	»	123
1.1 Basi teoriche	»	123
1.2 Finalità e scopi	»	124
1.3 Utilizzo	»	124
2. Il genogramma	»	125
2.1 Basi teoriche	»	125
2.2 Finalità e scopi	»	126
2.3 Utilizzo	»	126
3. La mappa delle relazioni e delle risorse	»	126
3.1 Basi teoriche	»	127
3.2 Finalità e scopi	»	127
3.3 Utilizzo	»	127
4. Racconto di mio figlio	»	128
4.1 Basi teoriche	»	128
4.2 Finalità e scopi	»	128
4.3 Utilizzo	»	128
5. Mi racconto	»	129
5.1 Basi teoriche	»	130
5.2 Finalità e scopi	»	130
5.3 Utilizzo	»	130

6. La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori	»	130
6.1 Basi teoriche	»	131
6.2 Finalità e scopi	»	131
6.3 Utilizzo	»	131
7. Il questionario per la valutazione del maltrattamento	»	132
7.1 Basi teoriche	»	132
7.2 Finalità e scopi	»	132
7.3 Utilizzo	»	132
8. La guida operativa alla visita domiciliare	»	133
8.1 Basi teoriche	»	133
8.2 Finalità e scopi	»	133
8.3 Utilizzo	»	134
9. La traccia operativa	»	135
“Come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso”		
10. Le griglie di <i>assessment</i>	»	135
10.1 Basi teoriche	»	135
10.2 Finalità e scopi	»	136
10.3 Utilizzo	»	136
11. La traccia per la stesura della relazione all’autorità giudiziaria	»	137
12. La sperimentazione degli strumenti di diagnosi sociale che ha portato alla ricerca	»	138
 CAPITOLO QUINTO		
<i>La ricerca</i>	»	143
1. Oggetto e obiettivi della ricerca: valutare un processo di valutazione	»	144
2. La metodologia della ricerca	»	146
2.1 I passaggi della ricerca preliminare che hanno portato alla costruzione di tre questionari utilizzati per la rilevazione	»	147
2.1.1 <i>Il questionario 1, scheda di ingresso</i>	»	149
2.1.2 <i>Il questionario 2, analisi degli strumenti</i>	»	150
2.1.3 <i>Il questionario 3, conclusione percorso</i>	»	151

2.2 La costruzione di un fascicolo informativo contenente le informazioni più rilevanti del percorso formativo e progettuale che ha portato alla sperimentazione degli strumenti di diagnosi nel territorio provinciale	»	151
2.2.1 <i>Lo schema per le interviste ai familiari</i>	»	153
2.2.2 <i>Lo schema per le interviste agli operatori</i>	»	155
2.3 Ciclo formativo rivolto agli assistenti sociali della provincia	»	157
2.4. Ciclo di incontri condotto con gli operatori coinvolti nel progetto di ricerca-azione	»	159
2.5 Analisi delle relazioni inviate all'autorità giudiziaria	»	160
3. Tempi e modi della rilevazione	»	160
 CAPITOLO SESTO		
<i>I risultati della ricerca ottenuti con i questionari</i>	»	163
1. Definizione del campione	»	163
2. Risultati dell'analisi del questionario 1, scheda di ingresso famiglia	»	164
3. Risultati dell'analisi del questionario 2, analisi degli strumenti dal punto di vista della famiglia	»	165
4. Risultati dell'analisi del questionario 3, conclusione percorso dal punto di vista della famiglia	»	166
5. Risultati dell'analisi del questionario sottoposto ai bambini, scheda minore	»	168
6. Risultati dell'analisi del questionario 1, scheda operatore 1	»	169
7. Risultati dell'analisi del questionario 2, analisi degli strumenti dal punto di vista dell'operatore	»	170
8. Risultati dell'analisi del questionario 3, conclusione percorso dal punto di vista dell'operatore	»	173
9. Focus su alcuni casi studio	»	174
10. Riflessioni conclusive	»	175
 CAPITOLO SETTIMO		
<i>I risultati della ricerca ottenuti con le interviste e i focus-group</i>	»	181
1. Definizione del campione	»	181
1.1 Finalità diagnosi	»	182
1.2 Problematica familiare prevalente	»	183
1.3 Il campione nelle interviste	»	183

2. Le aspettative	»	184
2.1 Nella fase preliminare	»	184
2.2 Durante la sperimentazione	»	187
2.3 A conclusione della sperimentazione	»	189
3. Gli strumenti	»	192
3.1 Gli strumenti nella sperimentazione	»	196
3.1.1 <i>La scheda socioanamnestica multidimensionale</i>	»	196
3.1.2 <i>Il genogramma</i>	»	197
3.1.3. <i>La mappa delle relazioni e delle risorse</i>	»	198
3.1.4 <i>Racconto di mio figlio</i>	»	202
3.1.5 <i>Mi racconto</i>	»	206
3.1.6 <i>La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori</i>	»	208
3.1.7 <i>Il questionario per la valutazione del maltrattamento</i>	»	210
3.1.8 <i>La guida operativa alla visita domiciliare</i>	»	214
3.1.9 <i>La traccia operativa</i>	»	215
<i>“Come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso”</i>		
3.1.10 <i>Le griglie di assessment</i>	»	215
3.2 Gli strumenti nelle interviste a operatori e familiari	»	217
3.2.1 <i>La scheda socioanamnestica multidimensionale</i>	»	218
3.2.2 <i>Il genogramma</i>	»	218
3.2.3. <i>La mappa delle relazioni e delle risorse</i>	»	219
3.2.4 <i>Racconto di mio figlio</i>	»	219
3.2.5 <i>Mi racconto</i>	»	220
3.2.6 <i>La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori</i>	»	220
3.2.7 <i>Il questionario per la valutazione del maltrattamento</i>	»	221
3.2.8 <i>La guida operativa alla visita domiciliare</i>	»	221
3.2.9 <i>La traccia operativa</i>	»	221
<i>“Come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso”</i>		
3.2.10 <i>Le griglie di assessment</i>	»	222
4.Gli aspetti emotivo-relazionali	»	222
4.1 Nei <i>focus-group</i>	»	222
4.2 Nelle interviste	»	224
5. Alcuni concetti generali emersi nelle interviste	»	226
5.1 Accoglienza	»	226
5.2 Ascolto	»	227
5.3 Giudizio	»	228

5.4 Sostegno	»	228
5.5 Relazione di aiuto	»	229
5.6 Metodologie professionali	»	230
5.7 Ruolo dell'assistente sociale	»	231
6. Riflessioni conclusive	»	232
CAPITOLO OTTAVO		
<i>I risultati della ricerca ottenuti con l'analisi delle relazioni</i>	»	235
<i>inviata all'autorità giudiziaria</i>		
1. Analisi delle relazioni sociali redatte secondo metodi tradizionali	»	236
1.1 Gli strumenti di diagnosi sociale nelle relazioni "classiche"	»	239
2. Analisi delle relazioni sociali redatte secondo il metodo sperimentale	»	241
2.1 Gli strumenti di diagnosi sociale nelle relazioni "nuove"	»	243
3. Riflessioni conclusive	»	245
CONCLUSIONI	»	247
BIBLIOGRAFIA	»	255
SITOGRAFIA	»	267
APPENDICE METODOLOGICA	»	269

INTRODUZIONE

*...siate il meglio di qualunque cosa siate.
Cercate ardentemente di capire a che cosa siete chiamati,
e poi mettetevi a farlo
appassionatamente.
(M.L. King)*

1. Il disegno della ricerca

Questa ricerca trae origine dalla mia esperienza lavorativa di assistente sociale, impegnata nel campo della tutela minorile e del sostegno alla genitorialità, da anni mi trovo infatti a dover conciliare questi due aspetti, tra loro talvolta apparentemente contrastanti.

Al servizio sociale si richiede di promuovere il benessere dei bambini, sostenendo i nuclei familiari fragili e attuando misure di allontanamento in condizioni di estrema gravità in cui sia necessario tutelare i più piccoli. Come conciliare allora sostegno e tutela? Come stabilire se le condizioni di pregiudizio per i minori siano tali da richiedere un intervento così importante come l'allontanamento del bambino dalla sua famiglia? Quali i criteri per definire una genitorialità "sufficientemente buona"?

Ancora oggi, nell'immaginario collettivo gli operatori sociali, rivestono il duplice ruolo di coloro che "rubano i figli" nonostante l'obbligo di sostenere le famiglie. Eppure la normativa vigente in tema di politiche sociali ha introdotto principi come la co-progettazione e co-responsabilità delle azioni, che s'ispirano a un modello di sviluppo comunitario, al fine di promuovere un ruolo nuovo dei servizi sociali, capaci di coinvolgere le famiglie nelle decisioni inerenti la tutela.

Il concetto sociologico di servizio relazionale può offrire, a mio avviso, un grande contributo al mondo dei servizi e una configurazione diversa rispetto sia alle metodologie professionali classiche, sia all'idea comune dei servizi sociali, consentendo una partecipazione piena dei destinatari alla realizzazione delle politiche sociali. Nei servizi relazionali le distanze tra operatori e famiglie si accorciano e le relazioni non hanno più come unica finalità l'aderenza a progetti o interventi già definiti altrove.

La finalità di questa ricerca è stata la valutazione di un progetto sociale sviluppato nel territorio della provincia di Bologna avente per oggetto la sperimentazione di strumenti di diagnosi sociale per la valutazione delle capacità genitoriali.

Il disegno di ricerca elaborato si è dunque configurato nel seguente modo:

PRIMA FASE: RICERCA DI SFONDO (anno 2012, primo anno di dottorato)

- Analisi del percorso fino ad ora individuato dal centro IL FARO con i servizi sociali provinciali;
- Ricerca bibliografica;
- Stesura di una bibliografia ragionata per la definizione del progetto di ricerca.

SECONDA FASE: PREDISPOSIZIONE DEGLI STRUMENTI DI RICERCA RELATIVI ALL'ANALISI DEL PERCORSO DI VALUTAZIONE DELLE CURE GENITORIALI (anno 2012, primo anno di dottorato)

- Costruzione di tre questionari da sottoporre sia agli operatori che alle famiglie coinvolte nel progetto, in diverse fasi del percorso di valutazione (all'entrata, in itinere e a conclusione dell'iter);
- Formazione agli operatori selezionati per prendere parte alla ricerca (quattro incontri da ottobre a novembre 2012);
- Predisposizione di una griglia per la selezione dei casi da analizzare nel corso della ricerca sia rispetto all'utilizzo degli strumenti di valutazione, sia rispetto a metodologie di lavoro sociale "classiche" che fungeranno da gruppo di controllo per la valutazione degli esiti;
- Predisposizione di una griglia per la conduzione di *focus-group* e interviste volti a valutare l'efficacia degli interventi prestati sia attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione, sia rispetto a metodologie di lavoro sociale "classiche" che fungeranno da gruppo di controllo per la valutazione degli esiti;
- Predisposizione di una griglia per l'analisi delle cartelle e delle relazioni inviate all'Autorità Giudiziaria, volta a valutare l'efficacia degli interventi prestati sia attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione, sia rispetto a metodologie di lavoro sociale "classiche" che fungeranno da gruppo di controllo per la valutazione degli esiti;
- Predisposizione di un percorso di supervisione per gli operatori coinvolti nella ricerca.

TERZA FASE: *PRE-TESTING* E PREPARAZIONE ALLA RICERCA (anno 2012, primo anno di dottorato)

- Somministrazione dei questionari ad un gruppo di famiglie per valutare l'adottabilità degli strumenti;
- Selezione delle situazioni familiari da sottoporre a sperimentazione;
- Conclusione del percorso formativo di *pre-testing* (3 incontri da novembre a dicembre 2012).

QUARTA FASE: RICERCA RELATIVA AL PERCORSO DI VALUTAZIONE DELLE CURE GENITORIALI (anno 2013, secondo anno di dottorato)

- Gli operatori selezionati somministrano i questionari relativi al percorso alle famiglie coinvolte e compilano i questionari (auto-somministrati) relativi alla propria attività professionale;

- Incontri mensili di supervisione agli operatori, suddivisi in gruppi, con trascrizione dei contenuti per poter procedere all'analisi degli stessi con software appropriati (3 incontri mensili da gennaio a luglio, 2 incontri mensili da settembre a dicembre);
- Raccolta delle relazioni inviate all'autorità giudiziaria per procedere all'analisi delle cartelle.

QUINTA FASE: INSERIMENTO DATI E PRIMA ANALISI (anno 2013, secondo anno di dottorato)

- Inserimento e analisi dei dati utilizzando SPSS per i questionari;
- Inserimento e analisi dei dati utilizzando NVIVO per i *focus-group*, le interviste e i contenuti delle riunioni di formazione e supervisione agli sperimentatori;
- Prima analisi dei dati raccolti.

SESTA FASE: ANALISI APPROFONDATA (anno 2014, terzo anno di dottorato)

- Discussione dei primi risultati e richiesta di disponibilità per ulteriori approfondimenti;
- Interviste di approfondimento e analisi delle relazioni sociali;
- Incrocio delle informazioni derivate dalle diverse metodologie di analisi.

SETTIMA FASE: ANALISI CONCLUSIVA (anno 2014, terzo anno di dottorato)

- Analisi degli strumenti di diagnosi sociale individuati e di quelli classici al fine di valutare la qualità del lavoro sociale sviluppato nel progetto di ricerca-azione

La prima parte della ricerca è finalizzata ad un inquadramento teorico delle dimensioni del *Social Work* tra sociologia e scienze sociali. Il capitolo primo presenta un *excursus* dei principali modelli di servizio sociale e differenti strumenti diagnostici, il capitolo secondo rappresenta invece un affondo relativo alla tematica della valutazione delle cure genitoriali (evidenziando i diversi approcci e introducendo le metodologie sperimentate nel progetto bolognese) mentre il terzo capitolo illustra gli strumenti di lavoro classici dell'assistente sociale: colloquio, visita domiciliare, cartella sociale e relazione sociale.

La seconda parte della ricerca è dedicata alle configurazioni empiriche del *Social Work* attraverso lo studio di caso della provincia di Bologna: il capitolo quarto introduce gli strumenti per la diagnosi sociale sperimentati nel corso del progetto di ricerca-azione, rappresentato in modo analitico nel corso del capitolo seguente, in cui si sono descritti i passaggi metodologici più rilevanti del percorso di ricerca.

I capitoli dal sesto all'ottavo analizzano i risultati ottenuti con i diversi metodi di ricerca: i questionari, le interviste e i *focus-group*, l'analisi delle relazioni inviate all'autorità giudiziaria.

2. Gli obiettivi di ricerca

La ricerca dottorale che ho sviluppato si propone di analizzare il percorso di valutazione della genitorialità recentemente delineato dai servizi sociali territoriali della provincia di Bologna e condurre una sperimentazione relativa all'utilizzo degli strumenti individuati, valutando gli esiti dell'applicazione, anche in confronto all'utilizzo di metodi tradizionali. Obiettivo prioritario dello studio è quindi stato valutare un progetto sociale, finalizzato a delineare strumenti per la diagnosi sociale e la valutazione delle capacità genitoriali, col fine ultimo di definire se gli strumenti sperimentati nel corso della ricerca-azione accrescessero la qualità del lavoro sociale.

La prima finalità della ricerca è stata quella valutativa, attraverso l'utilizzo di materiali quanti-qualitativi derivati dalla sperimentazione condotta nel territorio bolognese, nonché attraverso alcuni focus sul punto di vista diretto di utenti e operatori, ed un raffronto con le principali metodologie "classiche" di diagnosi sociale, condotto attraverso l'analisi delle relazioni inviate dal servizio sociale all'autorità giudiziaria.

Approfondire il punto di vista di utenti e operatori dei servizi sociali, appare oltremodo opportuno, pertanto si è previsto l'utilizzo di interviste semi-strutturate, che dovrebbero costituire una importante occasione per ricostruire il vissuto soggettivo e personalizzato, basato sulla specifica esperienza individuale, consentendo a valle rispetto agli altri strumenti di ricerca (Altieri L. 2011) di spiegare e interpretare informazioni e dati provenienti da altre tecniche. Tale scelta metodologica risponde alla necessità di fornire un approfondimento qualitativo al punto di vista delle famiglie, espresso esclusivamente attraverso la compilazione del questionario, strumento per natura standardizzato, nonostante lo sforzo derivato dalla volontà di inserirvi anche item di carattere qualitativo.

Sulla base di questi criteri di fondo, gli operatori coinvolti nel progetto sono stati un gruppo di 33 assistenti sociali distribuiti su tutto il territorio provinciale, a 10 dei quali sono state somministrate interviste semi-strutturate. Inoltre si sono intervistati anche 3 utenti dei servizi sociali, coinvolti in modo diretto nella sperimentazione, ai quali è stato chiesto di raccontare la propria esperienza personale rispetto all'utilizzo di strumenti specifici di diagnosi sociale da parte degli operatori, esplicitando tratti del rapporto sviluppato con l'assistente sociale e interventi delineati.

3. Note biografiche e metodologiche

I tre strumenti metodologici utilizzati per l'analisi del progetto sviluppato nella provincia di Bologna sono: un primo questionario sulle aspettative e gli atteggiamenti dei partecipanti alla ricerca-azione al momento dell'inizio del percorso di diagnosi sociale, un secondo questionario centrato sulla specificità dei vari strumenti professionali utilizzati nel corso della valutazione ed un terzo volto a indagare la percezione di utenti ed operatori in fase conclusiva dell'iter.

Le domande sono state costruite con il metodo della scale auto-ancoranti vale a dire chiedendo all'intervistato di esprimere la propria opinione collocandosi su un termometro a 11 possibilità (da 0 a 10) valutato come il criterio di più facile comprensione, considerato che richiama le modalità di valutazione tipiche del sistema scolastico italiano.

Inoltre nel corso delle prime tre fasi della ricerca, che costituiscono quello che potremmo definire come un momento preliminare, si è costruito un fascicolo informativo contenente le informazioni più rilevanti del percorso formativo e progettuale che ha portato alla sperimentazione degli strumenti di diagnosi nel territorio provinciale, grazie a cui è stato possibile costruire le domande per le interviste semi-strutturate sottoposte, nel corso della ricerca, a un gruppo di utenti e operatori coinvolti nel progetto, ed è stato realizzato un ciclo formativo rivolto agli assistenti sociali della provincia, finalizzato a raccogliere adesioni per la ricerca-azione dopo aver approfondito, attraverso la metodologia del *focus-group* lo stato dell'arte rispetto a metodi, tecniche e metodologie professionali del territorio oggetto d'indagine. L'analisi di tali materiali qualitativi è risultato di grande importanza per far avvalorare quanto emerso con la somministrazione dei questionari.

I materiali di ricerca raccolti, e sottoposti ad elaborazione per lo sviluppo del progetto dottorale sono quindi stati:

- questionari somministrati alle famiglie dagli assistenti sociali all'inizio, in itinere e a conclusione del percorso di valutazione (sottoposti ad analisi SPSS);
- questionari compilati dagli assistenti sociali relativi al proprio operato, compilati all'inizio, in itinere e a conclusione del percorso di valutazione (sottoposti ad analisi SPSS);
- fascicolo informativo contenente le informazioni più rilevanti del percorso formativo e progettuale che ha portato alla sperimentazione degli strumenti di diagnosi nel territorio provinciale (materiale relativo alla formazione teorica sulla genitorialità: slide e riferimenti bibliografici, sottoposti ad analisi del contenuto NVIVO; materiale relativo al progetto sociale: Guida con CD e presentazione del progetto, sottoposti ad analisi del contenuto NVIVO);
- materiali relativi al ciclo formativo rivolto agli operatori (registrazione audio e sbobinatura dei quattro incontri svolti da ottobre a novembre 2012, di formazione agli operatori coinvolti nella ricerca,

comprensivi di slide di approfondimento teorico, sottoposti ad analisi del contenuto NVIVO; registrazione audio e sbobinatura dei tre incontri svolti da novembre a dicembre 2012, per la conclusione del percorso formativo di *pre-testing*, sottoposti ad analisi del contenuto NVIVO);

- materiali relativi alla supervisione condotta nel corso del periodo di sperimentazione (registrazione audio e sbobinatura dei tre incontri mensili svolti da gennaio a luglio 2013 e dei due incontri mensili svolti da settembre a dicembre 2013, comprensivi di slide di approfondimento relative allo studio di caso con un focus di attenzione specifico all'utilizzo degli strumenti, sottoposti ad analisi del contenuto NVIVO)

- 10 interviste semi-strutturate somministrate a operatori coinvolti nella sperimentazione (da sottoporre ad analisi del contenuto NVIVO)

- 3 interviste semi-strutturate somministrate a famiglie coinvolte nella sperimentazione (da sottoporre ad analisi del contenuto)

- 20 relazioni inviate all'autorità giudiziaria, metà delle quali stilate secondo l'iter di diagnosi sociale sperimentale e metà attraverso l'utilizzo dei metodi classici di servizio sociale (sottoposti ad analisi del contenuto NVIVO)

PARTE PRIMA

Dimensioni teoriche del *Social Work*
tra sociologia e scienze sociali

CAPITOLO PRIMO

L'importanza di strumenti per la diagnosi sociale

L'assistenza sociale, nella sua concezione più ampia, può essere definita, a partire dall'articolo 38 della costituzione italiana, come un diritto di ogni cittadino inabile al lavoro e consiste in un complesso di attività sia pubbliche che private, finalizzate a prevenire o eliminare, attraverso l'impiego di aiuti morali e materiali, tutti gli stati di carenza o bisogno che affiggono la vita di singoli individui e comunità (Campanini 2013). Le attività dell'assistente sociale vengono definite dall'articolo 2 del D.P.R. 15-1-1987 n.14 "operare con i principi, le conoscenze, i metodi specifici del servizio sociale e nell'ambito del sistema organizzato delle risorse sociali, in favore di persone singole, di gruppi e di comunità, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno". I compiti dell'assistente sociale, invece, sono definiti dall'articolo 1 della legge 84 del 23 marzo 1993, la quale definisce che tale professionista "opera in autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno, il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazione di bisogno e di disagio... svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e direzione dei servizi sociali... nella collaborazione con l'autorità giudiziaria ha esclusivamente funzione tecnico-professionale".

Sebbene la comunità scientifica abbia negli anni a lungo dibattuto, nel tentativo di giungere ad una definizione univoca di servizio sociale, ad oggi pare difficile riuscire a riassumere in un unico enunciato i diversi aspetti che tale concetto racchiude, e che hanno visto prevalere, nelle varie epoche, un orientamento piuttosto che un altro: tra disciplina, professione, meta-istituzione e arte. A tal proposito risulta degna di nota la posizione di Silvia Fargion (2009), che in un recente libro dopo aver messo in evidenza alcuni tratti considerati distintivi della professione, passa a considerare i punti di divergenza e di frattura, sostenendo che la maggior parte degli studiosi che hanno partecipato al dibattito internazionale abbiano cercato delle strade per tenere insieme due paradigmi tra loro antitetici: scienza e arte, cercando di trovare il modo per coniugare le due metafore in un'unica visione del servizio sociale. Nonostante la ricerca dell'unità, l'autrice ritiene che «le due concezioni presentino aspetti di incompatibilità» e approfondisce la riflessione con ulteriori elementi di scissione quali la contrapposizione tra comunità accademica e professione sul campo, fino a riconoscere che sebbene non paia possibile arrivare ad una definizione univoca, spesso sono proprio i principi di fondo a ricongiungere le posizioni più antistanti e i modelli più disparati a ottiche tra loro omogenee, che fanno riferimento per lo più ai diritti dell'uomo.

Dopo la conferenza di Montreal dell'anno 2000, in cui si svolse un primo tentativo, articolato e piuttosto difficoltoso (Hare 2004), di definire il servizio sociale in campo internazionale, l'anno seguente, nel corso del congresso di Copenaghen l'*International Association of Schools of Social Work* e l'*International*

Federation of Social Workers hanno elaborato congiuntamente e approvato una definizione di servizio sociale come professione che promuove il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane e la capacità e la libertà delle persone di sviluppare il proprio benessere. Secondo tale assunto attraverso l'utilizzo delle teorie sul comportamento umano e sui sistemi sociali, il servizio sociale interviene nelle situazioni in cui le persone interagiscono con il loro ambiente rifacendosi ai fondamenti della disciplina, ovvero i principi dei diritti umani e della giustizia sociale.

Definito, seppure con qualche difficoltà, cosa sia il servizio sociale occorre dunque chiarire cosa siano i servizi sociali e quale il ruolo dell'assistente sociale.

Rifacendosi al recente dizionario di servizio sociale (Campanini *et al.* 2013) possiamo dire che i servizi sociali sono istituzioni, articolazioni della società, continuative, stabili e capaci di intervenire nelle situazioni critiche, assicurare coesione sociale, realizzare l'integrazione fra gli individui e la comunità. Sono quindi un sottosistema delle politiche sociali orientato a offrire risorse alle persone in situazione di bisogno e fanno parte di quel vasto insieme di apparati orientati ad accrescere il benessere e garantire i diritti di cittadinanza.

Volendo giungere ad una definizione più analitica possiamo descrivere i servizi sociali come attività che hanno la funzione di rispondere a bisogni individuali attraverso la produzione di risorse e relazioni di aiuto sostenuta dal sistema pubblico, l'attivazione di competenze professionali specifiche e la partecipazione attiva delle persone alla costruzione del benessere personale di quello collettivo. Vengono comunemente classificati secondo tre criteri ordinatori:

- Criterio dei bisogni (famiglie e minori, disabilità, handicap, salute mentale, adulti in difficoltà, dipendenze e AIDS, anziani, migrazione);
- Criterio della responsabilità di gestione (servizi sociali di competenza dei comuni singoli o associati, servizi sanitari di competenza delle regioni attraverso A.U.S.L. e aziende ospedaliere, servizi a elevata integrazione sociosanitaria);
- Criterio delle modalità di offerta (diagnostica e di mantenimento nell'ambiente di vita, di supporto alle reti relazionali, sostitutiva delle reti relazionali).

L'assistente sociale è quindi quel professionista che interviene nella sfera della relazione interpersonale, con soggetti individuali e collettivi, assumendo ruoli di responsabilità in ambiti organizzativi, programmatori e valutativi.

L'assistente sociale può essere sinteticamente definito come il professionista che utilizzando gli strumenti conoscitivi operativi, il metodo, le tecniche della disciplina del servizio sociale, interviene a favore di un equilibrato rapporto fra tre persone e ambiente sociale, impegnandosi nel promuovere un cambiamento che interessa contemporaneamente l'incremento delle capacità di azione dei soggetti, delle opportunità delle risorse dei contesti di vita. Ponendo al centro della sua azione la persona, il professionista assistente

sociale interviene un'ottica trifocale, attraverso prestazioni professionali incentrate sulla relazione di aiuto, sullo sviluppo di solidarietà e di risposte istituzionali rispettose della soggettività, con implicazioni trasversali di natura relazionale, manageriale, programmatoria, progettuale, valutativa, oltre che di studio del contesto.

Gli obiettivi della professione, come suggerito anche dalla definizione internazionale già citata, sono qualificati in termini di cambiamento, orientato a incrementare il potenziale di crescita di adattamento attivo e trasformativo delle persone e degli ambienti di vita, e di tutela dei diritti.

L'assistente sociale non si pone dunque l'obiettivo di risolvere problemi, quanto piuttosto di accompagnare i soggetti, individuali e collettivi, nel riconoscerli, nel fronteggiarli e nell'acquisire capacità di azione, promuovendo l'uso delle risorse personali come di quelle delle reti sociali istituzionali e favorendo l'accessibilità di queste ultime e il loro progressivo adeguarsi alle trasformazioni dei bisogni.

Sempre più spesso gli operatori dei servizi sociali si trovano a rispondere alle richieste dell'autorità giudiziaria relative alla valutazione delle competenze genitoriali. Le recenti riforme legislative in materia di diritto minorile e di famiglia, avviate con la legge N.54 del 2006, modificano in modo rilevante l'impostazione concernente la diagnosi sociale, chiedendo ai diversi professionisti non più di identificare il miglior genitore affidatario, quanto di considerare i fattori di rischio che possono essere di ostacolo a una genitorialità "sufficientemente buona", in grado di garantire il benessere psico-fisico del bambino e il suo armonico sviluppo evolutivo, per delineare un progetto familiare che tuteli il minore. Agli assistenti sociali viene spesso richiesta una indagine atta non solo a fornire elementi sulla storia familiare e sulle condizioni di vita dei bambini, ma anche a definire una prognosi della situazione familiare che consenta all'autorità giudiziaria di attuare i provvedimenti più opportuni nell'interesse del minore.

Storicamente si sono classificate tre tipologie di diagnosi:

- Dinamica, che ha per oggetto l'osservazione delle interazioni tra l'utente su contesti di vita verso una valutazione delle forze positive e negative che possono influenzare il problema;
- Eziologica, pone attenzione alle cose recenti e remote connesse alla storia dell'utente che hanno influenzato o influenzano gli atteggiamenti e comportamenti dell'utente stesso;
- Classificatoria, mette a fuoco aspetti della situazione che possono essere generalizzati e classificati (età, lavoro, istruzione, età, situazione clinica).

Molte delle situazioni che il servizio sociale si trova ad affrontare presentano problemi in cui aspetti materiali e relazionali sono interconnessi, pertanto una diagnosi-valutazione sociale che apra la strada ad un intervento significativo, richiede di connettere tra loro aspetti delle tre diverse tipologie diagnostiche, intersecandoli al fine di far emergere la fitta rete di risorse e carenze, punti di forze e debolezza, relazioni e accadimenti che costituiscono la storia familiare. Tale necessità richiede una robusta preparazione teorica e una competenza metodologica, seppure in un'ottica di intervento multidimensionale.

Occorre quindi orientare gli interventi socio-assistenziali nella prospettiva di valutare, per recuperare e sostenere, le funzioni di *parenting* nel rispetto dei diritti del fanciullo (Convenzione ONU 1989), ed è allora che l'assistente sociale si trova a fronteggiare, al tempo stesso, due aspetti cruciali, che hanno fondato gli intenti formativi e di sperimentazione della provincia di Bologna, come emerge dai materiali relativi al progetto (Cheli *et al.* 2011):

- Come intervenire nel modo più appropriato e corretto possibile. Questo quesito nasce da un'esigenza operativa che da sempre accompagna la professione di assistente sociale e si struttura in tempi più recenti, a fronte della riforma del sistema giuridico, nell'esigenza di qualificare l'intervento di valutazione delle cure parentali attraverso l'individuazione di strumenti operativi confrontabili, fondati su modelli sperimentati e riconosciuti in ambito scientifico, rispettosi della complessità del fenomeno;
- Come integrare nella necessaria cornice multidisciplinare gli elementi conoscitivi rilevati nella fase di valutazione. Questa funzione è un'attività diagnostica complessa che prende corpo all'interno di una cornice multidisciplinare (sociale, educativa, clinica) allo scopo di acquisire una "visione d'insieme e di profondità" della situazione oggetto dell'intervento. In tale ambito non esistono, infatti, peculiari categorie nosografiche e/o specifici "indicatori di buon funzionamento parentale". È scientificamente scorretto e alquanto arbitrario scomporre e frammentare un fenomeno di per sé "sistemico ed ecologico" (Bronfenbrenner 2002) composto e, al contempo, influenzato da numerose variabili.

Lo sviluppo di molteplici modelli di servizio sociale che ha portato, storicamente, alla diffusione di svariate metodologie di lavoro, che si concretizzano in differenti e variegati approcci diagnostici, centrati ora prevalentemente sull'accoglienza del punto di vista dell'utente, ora sull'oggettività, altre volte sulla complessità del sistema e sulla necessità di dare voce ad una pluralità di attori.

Per riassumere la complessità della tematica può essere utile richiamare il contributo di Merlini, Bertotti e Filippini (in De Ambrogio *et al.* 2007) che dopo aver effettuato un'attenta disamina della principale bibliografia di servizio sociale hanno svolto una analisi approfondita dei termini utilizzati per definire l'attività specifica di valutazione, isolando il nucleo centrale della definizione data da ciascun autore, evidenziando le caratteristiche utili a orientare la riflessione professionale degli assistenti sociali in questa fase, mettendo inoltre in rilievo il metodo e il percorso metodologico indicato dai diversi autori per effettuare la valutazione, ed infine considerato gli strumenti, ovvero i mezzi per dare concretezza ai contenuti della valutazione stessa.

Esaminando tale contributo emerge in modo evidente che non c'è una relazione diretta tra l'utilizzo dei diversi termini (valutazione-sociale, *assessment* e diagnosi psico-sociale) e l'adozione di modelli teorici di riferimento. Tuttavia è interessante notare una differenza nell'utilizzo del primo e del terzo termine: se

“valutazione” risulta il più comune (sin dai primi anni novanta) l’accezione “diagnosi psicosociale” è maggiormente utilizzata all’interno di contributi che hanno approfondito aree di lavoro ad alta integrazione psicosociale e sanitaria, pertanto gli autori ipotizzano che l’utilizzo del termine sia determinato dalla contiguità del lavoro dell’assistente sociale con altri professionisti come psicologi, medici o psichiatri.

1. I principali modelli di servizio sociale e differenti strumenti diagnostici

Il termine modello è molto usato nelle scienze empiriche e formali, nelle scienze sociali si usa intendendolo come uno “schema teorico di riferimento” ovvero “un insieme di assunti fondamentali necessari a delimitare e determinare ciò che è più rilevante in una scienza” non assimilabile totalmente con una teoria, ma che può essere orientato alla sua costruzione (Dal Pra Ponticelli 1985).

Si può affermare che i modelli svolgano tre diverse funzioni:

- Euristica e orientativa della prassi, permettendo di guidare l’analisi della realtà e l’operatività di chi in essa agisce;
- Interpretativa, permettendo di costruire gli indicatori di verifica dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi posti a fondamento dell’azione;
- Esplicativa della realtà stessa, permettendo di costruire la teoria a partire dall’osservazione della realtà. Fanno riferimento, quindi, sia a tecniche induttive che, partendo dalla osservazione diretta della realtà, arrivano a formulare generalizzazioni, sia a tecniche deduttive che, a partire dalla costruzione teorica, cercano di illustrare e spiegare la realtà.

Il modello è, pertanto, lo strumento indispensabile per un lavoro scientifico, in funzione dell’accumulazione del “sapere per il fare”, non ne esiste uno solo ed univoco e non si può pensarlo a priori, «non è possibile avvicinarsi ai singoli modelli pensando di poter trovare un modello in grado di rappresentare la realtà complessa che l’assistente sociale deve affrontare, né possiamo pensare che un modello possa operare cambiamenti in qualsiasi situazione» (Perino 2010, 43). I modelli costituiscono strumenti scientifici che vanno costruiti sulla base della prassi operativa, della sperimentazione e della ricerca, alla luce di ipotesi teoriche, dalla combinazione del “saper fare” e del “sapere teorico”, scaturisce, infatti, il “sapere professionale” che troverà applicazione nella prassi, e dalla prassi trarrà gli elementi per una nuova concettualizzazione.

Parlando di teoria nell’ambito del servizio sociale, gli autori anglosassoni utilizzano due termini utili a chiarire la costruzione del sapere professionale: teoria della pratica e teoria per la pratica.

La “teoria della pratica” è una teoria operativa e metodologica che si fonda principalmente su processi osservativo-induttivi, è il sapere che si ricava dalla descrizione e interpretazione della realtà operativa.

Quando invece ci si rivolge alla “teoria per la pratica”, ci si colloca al livello normativo del sapere, cioè si costruiscono modelli di analisi e di intervento attraverso un confronto con le teorie idiografiche delle scienze sociali.

Nella storia del servizio sociale si è assistito, fin dalla prima metà del 900, ed in particolare nei Paesi anglosassoni, allo svilupparsi di più modelli teorici di riferimento, che per semplicità possiamo ricondurre a due fasi di sviluppo: una prima fase dominata dal paradigma medico (strutturato secondo lo schema studio-diagnosi-trattamento) ed una seconda fase in cui si assume la teoria dei sistemi come quadro esplicativo dei fenomeni e si teorizzano interventi in prospettiva unitaria e globale¹.

1.1 L'approccio tradizionale: medico-lineare

Nella prima fase il servizio sociale opera prevalentemente nella logica della “cura”, della presa in carico di situazioni problematiche da risolvere, partendo da un approccio terapeutico, influenzato e orientato dalle teorie psicoanalitiche, dagli approcci diagnostici e comportamentisti.

Nel tentativo di riassumere brevemente tale orientamento possiamo dire che secondo queste teorie gran parte delle situazioni di disagio e di devianza, ha origine in una condizione personale di incapacità, o impossibilità, a governare i cambiamenti, e a risolvere i problemi che si verificano nel corso della vita pertanto è necessario un lavoro con i vari destinatari dell'azione sociale, il singolo (*case work*), i gruppi (*group work*), o la comunità (*community organization*) per “trattare” quei sintomi e superare lo stato di “malattia sociale”. L'operatore sociale è quindi la persona in grado di dare delle risposte o di fornire delle soluzioni, dei rimedi a chi soffre di una carenza o di una disfunzione sociale.

In questa sua fase iniziale di sviluppo il servizio sociale si fonda su modelli ispirati al paradigma medico, che analizzano i fenomeni seguendo il rapporto lineare causa-effetto e fanno riferimento a teorie psico-sociali e psicoanalitiche, centrate fundamentalmente sulla persona, che tendono a lasciare sullo sfondo il contesto di vita dell'utente nonché il ruolo dell'operatore e dell'ente.

La comunità scientifica e anche quella professionale, hanno a lungo dibattuto sull'opportunità dell'uso di modelli teorici nel servizio sociale, esprimendo talvolta dissenso. Di fatti sarebbe improprio e limitativo rifarsi nella pratica ad un solo modello e appare invece opportuno sollecitare gli operatori all'adozione di una mentalità elastica e flessibile che permetta l'applicazione dei vari modelli alle situazioni concrete che ci si trova, di volta in volta ad affrontare, ciò consentirà di procedere attraverso integrazioni e modifiche,

¹ Per la stesura del capitolo si è fatto riferimento alla dispensa del corso di Metodi e Tecniche di Servizio Sociale I per l'a.a. 2009-2010, corso di laurea in Servizio Sociale, a cura della Prof.ssa Teresa Sirimarco

frutto delle esperienze professionali, per definire la migliore strategia di intervento possibile da attuare in accordo con l'utente.

1.1.1 *Il Problem Solving*

Il modello del *problem solving*, fu teorizzato da Helen Perlman nel 1957. Affonda le sue basi teoriche negli orientamenti della psicologia cognitivista-costruttivista, nella psicologia dell'io neofreudiana e nella psicologia umanistica, pertanto tra i suoi assunti di base vi è una concezione del comportamento umano guidato dalla propria percezione del mondo (aspetto cognitivo), dalle intenzioni e motivazioni che orientano il progetto di vita (aspetto motivazionale ed emotivo), dalla capacità autonoma di *problem solving* (aspetto comportamentale) di un io “libero da conflitti” e determinismi che si realizza in stretta connessione con l'ambiente (nicchia ecologica) e con i sistemi relazionali nei quali è inserito (Campanini *et al.* 2013).

La Perlman parte dal presupposto che la vita dell'individuo è un continuo processo di soluzione dei problemi che si realizza attraverso l'analisi delle situazioni che si incontrano, la riflessione e la scelta delle soluzioni possibili. Quindi i problemi vengono affrontati e risolti operando delle scelte tra soluzioni alternative e facendo leva sull'apprendimento dall'esperienza.

Questo processo si attua attraverso il continuo “colloquio interno” della persona che esamina i propri problemi in modo razionale, tenendo però anche conto dei sentimenti.

Quando gli individui incontrano un problema che provoca sforzi combattivi o che richiede mezzi di cui non possono disporre, si rivolgono a persone che ritengono possano essere di aiuto per la loro capacità di vedere le loro risorse, tra queste vi è anche l'assistente sociale.

Per comprendere che cosa il processo di servizio sociale individuale deve includere nel suo aiuto volto alla soluzione dei problemi è necessario elencare le difficoltà che si possono presentare nella vita delle persone, che comportano sforzi risolutivi, che possono collocarsi a diversi livelli:

- Incapacità nella comprensione del problema, per eccessivo coinvolgimento emotivo (ansia);
- Formarsi di un circolo vizioso per la persistenza di stereotipi verso soluzioni in passato risultate valide, ma non adeguate al problema attuale;
- Incapacità nella individuazione di soluzioni alternative (cristallizzazione);
- Carenza di risorse e strumenti utili alla soluzione del problema o scarsa conoscenze degli stessi;
- Resistenza al cambiamento.

L'assistente sociale deve tener conto di tali difficoltà e agire avendo come obiettivo di fondo quello di impegnare il soggetto nel “riflettere” e “lavorare” sui propri sentimenti, idee e comportamenti e sulle interrelazioni tra questi, il problema e le risorse esistenti. Naturalmente, il professionista ha come

obiettivo, operando dentro una istituzione preposta a fornire servizi e prestazioni, anche quello di reperire ed erogare risorse, informare l'utente della loro esistenza, aiutarlo nel fare di esse l'uso più appropriato. Per realizzare questo obiettivo di fondo, l'assistente sociale si pone di fronte al singolo utente l'obiettivo di aiutarlo a:

- Mitigare l'ansia e trasformare i sentimenti di confusione che prova nei confronti del problema in quadro di maggior chiarezza;
- Imparare ad assumere «un comportamento adeguato verso il problema, seguendo le indicazioni dell'assistente sociale a sostegno di un comportamento razionale e adeguato» (Dal Pra Ponticelli 1985, 380).

Questo processo di aiuto comprende tre operazioni essenziali:

- Il problema deve essere compreso;
- I sentimenti devono essere espressi, ripensati e chiariti;
- Questo processo di riflessione deve portare alla modifica delle risposte comportamentali che la persona dà al suo problema.

Si tratta di un processo “terapeutico”, ma che cerca di andare oltre lo schema studio-diagnosi-trattamento che la Perlman, infatti, critica; è per lo più un processo di apprendimento sociale, cioè di nuovi modelli di comportamento per far fronte ad un problema.

I mezzi che l'assistente sociale ha a disposizione sono:

- Il rapporto professionale, che consente di discutere e di agire sul problema (quindi il colloquio e la comprensione empatica);
- L'uso di servizi, prestazioni e risorse, per aiutare l'utente a modificare gli aspetti della situazione problematica.

Le fasi che caratterizzano il processo di *problem solving* possono essere così sintetizzate:

1. Espressione del problema: in questa fase è importante stabilire un rapporto significativo con l'utente che consenta di capire il problema ed esprimere sensazioni e sentimenti;
2. Analisi e chiarificazione: è opportuno aiutare l'utente a ripensare il problema;
3. Decisione: si stimola l'utente a prendere decisioni che conducano alla modificazione dei suoi comportamenti;

4. Intervento: il momento in cui si dà concretezza alle decisioni prese;
5. Valutazione dei risultati conseguiti: ciò serve all'utente per rafforzare l'io e l'autostima; all'operatore per attivare la riflessione sulle attività svolte.

Nel modello della Perlman, attraverso l'affermazione della centralità della relazione di aiuto, si tenta di superare lo schema studio-diagnosi-trattamento nel senso che la stessa analisi iniziale dei fatti è già trattamento e non esiste pertanto una fase a sé che si configura come tale. L'autrice sostiene che il lavoro sociale è un fenomeno al tempo stesso complesso, dinamico ed in evoluzione, influenzato da una molteplicità di teorie di riferimento e approcci metodologici, ispirato sia dalla cultura di riferimento che dall'etica professionale, e dominato dalla necessità di rispondere a bisogni mutevoli legati agli eventi di vita (Perlman 1958) e suggerisce che il rapporto terapeutico di servizio sociale individuale e le consapevoli operazioni di adattamento che il lavoro di soluzione del problema richiede sono inseparabili, interdipendenti e rafforzanti a vicenda.

La principale complessità del servizio sociale individuale sta nel fatto che il suo interesse è sempre duplice: stimolare la soluzione del problema del cliente e stimolare la sua capacità di crescita.

Avendo come obiettivo lo sviluppo sociale dell'essere umano possiamo affermare che il principale strumento diagnostico per l'assistente sociale che applichi tale metodo siano proprio le sue capacità di "lottare" con le persone e le situazioni con cui viene in conflitto. Così il servizio sociale individuale cerca di fornire questi due tipi condizioni: le risorse e le influenze attraverso cui venire incontro ai bisogni sociali del suo cliente. Come sostiene Dal Pra Ponticelli (2013a) nel definire il modello del *problem solving* all'interno del Nuovo Dizionario di Servizio Sociale, l'intervento del servizio sociale secondo questo approccio ha l'obiettivo di sostenere la persona perché intraprenda un cammino di "apprendimento" di costruzione di schemi cognitivi più adeguati, di elaborazione di progetti di vita più realistici, di riacquisizione potenziamento delle proprie capacità di affrontare e risolvere i problemi esistenziali. L'azione dell'operatore sociale deve essere contemporaneamente orientata allo sviluppo della capacità della comunità e delle istituzioni di welfare di sostenere, con risorse adeguate e con promozione di un contesto "nutritivo" le persone o i gruppi in difficoltà.

1.1.2 Il modello Psico-sociale

Elaborato da Florence Hollins, rientra nel filone della scuola "diagnostica" del servizio sociale, che ha avuto la sua fase più ricca nel periodo degli anni '30, i cui tratti caratteristici vengono descritti in articolo di Gordon Hamilton del 1937 che riferisce «I concetti alla base del servizio sociale individuale sono dinamici, perché si modellano sulle esperienze e conoscenze nuove» (Dal Pra Ponticelli 2013b, 373).

Se ne deduce la peculiarità principale dell'approccio psicosociale: si tratta di un sistema di pensiero aperto, che cambia e cresce costantemente.

Oggi l'ottica psicosociale consiste essenzialmente in un approccio al servizio sociale attraverso la teoria dei sistemi. Il principale sistema verso cui si rivolgono diagnosi e trattamento è la *Gestalt*, o configurazione della persona nella situazione. Ciò significa che l'individuo da aiutare deve essere visto nel contesto delle sue interazioni e che anche quella sezione di mondo esterno con cui egli è in relazione deve essere studiata.

Hollins, rifacendosi alle dottrine psicoanalitiche, accetta lo schema medico "studio-diagnosi-trattamento" dando molta importanza alla fase della diagnosi psico-sociale. La fase diagnostica evidenzia dinamiche individuali sulle quali lavorare per poter sviluppare un piano di azione attraverso, soprattutto, le tecniche del trattamento diretto:

- Sostegno, che si manifesta attraverso atteggiamenti di comprensione, rassicurazione, fiducia;
- Influenza diretta, che consiste nel dare informazioni, consigli che permettano all'utente di orientare le proprie scelte;
- Catarsi o ventilazione, che si manifesta nell'espressione dei propri sentimenti positivi o negativi senza una controparte di giudizio;
- Analisi di realtà, che comprende riflessioni sulla propria situazione socio-ambientale da parte dell'utente, riflessione sugli effetti delle azioni dell'utente verso se stesso o verso gli altri, discussione razionale di sentimenti, idee, comportamenti (Dal Pra Ponticelli 1985)

Le tecniche di trattamento diretto appena descritte sono comuni a molti modelli di servizio sociale e si applicano anche al trattamento indiretto, ma la innovazione della Hollins è rappresentata dalla messa a punto di tecniche di riflessione sugli aspetti dinamici ed evolutivi dei propri modelli comportamentali. Si tratta di aiutare l'utente a comprendere come funzionano i suoi pensieri e le sue emozioni e di capire le cause che possono averli provocati; quasi tutti gli aspetti della personalità, sia consci che preconschi, possono essere esaminati con questo tipo di procedimento. Questo lavoro di *insight* (presa di coscienza interna) sulle dinamiche della personalità dell'utente dovrebbe servire all'assistente sociale per approfondire l'esame della persona-situazione dopo aver allentato i meccanismi di difesa.

L'autrice parla anche di trattamento indiretto sull'ambiente, affermando che si realizza soprattutto a due livelli: agendo sulle persone significative per la persona o predisponendo risorse e servizi a beneficio dell'utente.

Il modello di intervento psico-sociale si declina in tre fasi:

1. Iniziale, in cui si deve riuscire a:
 - Capire, con l'utente, il motivo per cui sta avvenendo il primo contatto;
 - Stabilire un rapporto con l'utente che gli permetterà di utilizzare l'aiuto offertogli;
 - Impegnare l'utente nel trattamento;
 - Iniziare il trattamento;

- Raccogliere le informazioni per formulare una diagnosi psicosociale.
- 2. Valutazione dell'utente nella sua situazione. Si tratta dell'individuazione e di un esame critico del complesso persona-situazione e del problema per cui è richiesto un aiuto per trarre conclusioni. Le conclusioni saranno principalmente di 3 tipi: dinamiche, eziologiche e classificatorie. Nella diagnosi dinamica si esamina in che modo i diversi aspetti della personalità dell'utente devono interagire per produrre il suo completo funzionamento. Si osservano le interazioni tra l'utente e i terzi. Le dinamiche dell'interazione familiare sono particolarmente importanti a questo proposito e costituiscono buona parte di ciò a cui spesso ci si riferisce nel corso di una diagnosi familiare. I fattori eziologici vengono ricercati sia nelle interazioni attuali che in eventi avvenuti in precedenza ma che tuttora hanno ripercussioni sulla vita dell'individuo. Gli aspetti dinamici ed eziologici insieme, forniscono un'immagine della causalità di tipo sia lineare che internazionale o transazionale. La diagnosi classificatoria invece cerca di categorizzare i vari aspetti del funzionamento dell'utente includendo, quando si può, una diagnosi clinica. Una parte importante del processo di valutazione si interessa ai modi in cui si può determinare un miglioramento e si può ridurre il disagio dell'utente. Per poter valutare la possibilità di cambiamento bisogna considerare la motivazione e le energie dell'utente e il modo in cui le varie componenti della situazione possono essere modificate. La motivazione, cioè gli obiettivi dell'utente e la forza del suo desiderio di ottenerli, sono le determinanti principali di ciò che l'operatore offrirà. Gli obiettivi possono essere l'insieme di ciò che l'utente vede e desidera per sé stesso e di ciò che l'operatore vede come possibile e utile.
- 3. Trattamento. L'obiettivo finale dell'assistente sociale che segua l'approccio psico-sociale consiste nell'alleviare il disagio dell'utente e nel diminuire la disfunzionalità del sistema persona-situazione. Lo stesso obiettivo consiste nell'accrescere il livello di benessere, soddisfazione, autorealizzazione dell'utente. Tutto ciò può richiedere una maggiore capacità di adattamento del suo Io. Può essere perciò necessario un cambiamento sia nell'individuo che nella situazione.

Al centro dell'attenzione dell'approccio psico-sociale vi sono l'individuo e la sua situazione. Essi devono essere studiati da due punti di vista, sia come fattori da analizzare nella diagnosi, sia come elementi in cui può avvenire un cambiamento grazie al trattamento. Inoltre è ormai riconosciuto che i cambiamenti nell'ambiente influiscono sul funzionamento dell'individuo e viceversa i cambiamenti nell'individuo influenzano il funzionamento degli elementi dell'ambiente.

È importante sottolineare tuttavia che il modello della Hollins vede l'utente non separato dal suo ambiente, in interazione con esso e dalla suddetta relazione risulta essere condizionato, e coglie come obiettivo quello di curare la disfunzione nel processo di adattamento tra individuo e la sua situazione sociale.

L'obiettivo generale del trattamento diventa così molto più specifico. Se il problema è un problema di carenza di risorse, l'obiettivo diventa quello di fornire la risorsa mancante.

Sarà il genere di interazione tra la persona e l'aspetto della situazione considerato a determinare se il bisogno potrà essere affrontato meglio col solo intervento dell'operatore, attraverso le prestazioni offerte dal suo servizio o attraverso la mobilitazione di altre risorse.

Quando la disfunzionalità della *gestalt* persona-situazione risiede primariamente nell'aspetto interpersonale, l'obiettivo è quello di raggiungere un adattamento interpersonale migliore. Quando è possibile, bisogna includere nel trattamento le persone coinvolte nel disturbo. Questo significa prestare attenzione sia al sistema interpersonale, sia ai sistemi della personalità degli individui che lo compongono.

Secondo il modello della Hollins il rapporto con l'ente sfuma completamente, perché è pregnante l'aspetto del lavoro interpersonale fra assistente sociale e utente, lavoro che tende ad arrivare a livelli di profondità tali da riportare a galla "materiale" che non sempre l'assistente sociale può essere in grado di gestire. Esistono infatti situazioni di utenti al limite di patologie nevrotiche e psicotiche che dovrebbero essere trattati da specialisti e non dall'assistente sociale.

1.1.3 Il modello Funzionale

Il modello funzionale si diffonde, negli Stati Uniti e viene teorizzato da Ruth Smalley nel 1967. Il manuale di riferimento, *Theory for Social Work Practice*, è stato descritto dalla critica come una "tappa fondamentale dell'interminabile viaggio dello sviluppo scientifico e professionale del servizio sociale", contiene infatti diversi spunti di riflessione importanti relativi al pensiero e all'azione professionale degli assistenti sociali con riferimenti specifici sia alle pratiche lavorative, sia alla necessità di formare una comunità professionale in grado di fare fronte ad un grado di complessità sempre crescente.

Riflettendo sul concetto di complessità, l'autrice si sofferma a descrivere l'aspetto strutturale del ruolo dell'assistente sociale e sottolinea le funzioni dell'ente, prendendo in esame il rapporto dell'utente non solo e non tanto con l'operatore come persona, ma in quanto dipendente dell'ente in cui svolge la sua attività professionale. Questo aspetto ha delle implicazioni notevoli sul rapporto operatore-utente ma anche sulla responsabilità dell'assistente sociale di sviluppare la dimensione gestionale e organizzativa del suo lavoro. A tale proposito viene introdotta una distinzione fondamentale, con riferimenti specifici all'educazione e formazione professionale, tra "*principles generic for social work practice*" e "*principle of generic social work practice*" a richiamare l'attenzione del lettore sulla specificità del lavoro sociale e sulla necessità di un metodo definito, ma che tenga altresì conto delle specificità.

Presupposto del modello è il riconoscimento della capacità della persona di produrre cambiamenti nei momenti di *stress*, quindi il possesso di una innata propensione alla crescita psicologica, nonché il lavoro sul conflitto, insito nella natura umana, tra dipendenza e autonomia, tra resistenza e abbandono².

L'assistente sociale che utilizza questo approccio metterà in atto un processo che prevede tre fasi:

1. Iniziale, che serve a chiarificare e analizzare il problema, oltre che a sostenere empaticamente l'utente nell'espressione dei suoi sentimenti;
2. Mediana, che sollecita l'utente a scegliere, a prendere decisioni e in cui si realizza una sorta di "negoziiazione" anche con l'ente in cui il servizio è inserito, che può imporre limiti e divieti;
3. Finale «in cui aiuta l'utente a superare i sentimenti di ansia o di colpa connessi alla fine del rapporto e cerca di trasmettergli la positività del rapporto costruito» (Perino 2010, 57).

È un modello che consente di superare in larga parte lo schema studio-diagnosi-trattamento e la separazione tra trattamento diretto e indiretto, pur rimanendo ancora ancorato al modello lineare.

1.1.4 *Il modello di modificazione del comportamento o socio-comportamentale*

È un modello che affonda le sue radici nel comportamentismo classico, pur essendosi successivamente indirizzato verso il cognitivismo comportamentista. Nonostante le differenze, gli approcci comportamentisti si basano su alcuni presupposti comuni:

- Riguardano la natura del comportamento umano. Senza negare le differenze individuali del corredo innato e gli effetti sul comportamento dei fattori organici e chimici, gli approcci della natura comportamentista danno rilievo agli aspetti appresi del comportamento, nella convinzione che il comportamento appreso può essere modificato;
- Il trattamento tende a preservare o modificare il comportamento. La modifica può consistere nell'acquisizione, nel rafforzamento, nell'indebolimento o nella estinzione di un comportamento.
- Le conoscenze impiegate nella pratica hanno una convalida empirica, spesso verificata attraverso studi di laboratorio.

In sintonia con le suddette teorie, il modello parte dal presupposto che ogni comportamento, anche quello problematico o deviante, è appreso secondo lo schema stimolo-risposta (S/R). L'attenzione si focalizza sulla risposta, che può cambiare attraverso la modificazione degli stimoli. Per cui un intervento terapeutico deve consistere nell'acquisizione, nel rafforzamento, nell'indebolimento o nell'estinzione di un determinato tipo di comportamento.

² Si parla di "trauma della nascita", che si manifesta con la paura nei confronti delle esperienze di separazione, di inizio e di fine e si attenua proprio grazie alla manifestazione della volontà di crescita personale e di superamento delle situazioni problematiche.

Il compito del terapeuta, e quindi anche dell'assistente sociale, è quello di aiutare l'utente ad apprendere comportamenti nuovi, idonei a modificare un comportamento disfunzionale e/o rafforzare un comportamento adeguato. «L'obiettivo che ci si pone è quello di aiutare il cliente ad apprendere e/o modificare il comportamento mediante l'attuazione di interventi terapeutici, prevalentemente direttivi, orientati al “condizionamento operante”» (Bartolomei e Passera 2005, 133).

L'intervento del servizio sociale si attua attraverso una successione di fasi:

1. Fase iniziale che comprende la valutazione preliminare che si effettua attraverso il colloquio e serve per fissare i termini del rapporto assistente sociale-utente. In questa prima fase l'assistente sociale dovrebbe essere in grado di identificare il comportamento da eliminare e gli stimoli che sembrano attivarlo. Questa valutazione preliminare si realizza attraverso l'osservazione del quadro di vita del soggetto. Si giunge dunque alla definizione di un piano di intervento sottoscritto come contratto tra assistente sociale e utente.
2. Fase di modifica o di mantenimento del comportamento. L'assistente sociale mette in atto una serie di tecniche, ispirate ai principi socio-comportamentisti, quali il rafforzamento positivo, la punizione, e altre tecniche come l'apprendimento per imitazione che si basa sull'insegnamento attraverso la dimostrazione, le istruzioni verbali, etc. Le tecniche socio-comportamentistiche vengono applicate attraverso l'instaurarsi di una relazione profonda, basata sulla fiducia, fra assistente sociale e utente; è una relazione che si struttura in modo molto direttivo e che prevede un certo grado di passività da parte dell'utente, che basandosi sulla fiducia che ha nell'operatore sociale, accetta di sperimentare su di sé le tecniche di modifica del comportamento che questo gli “impone”.

L'assistente sociale (e il terapeuta) agisce sia con il cliente sia mediante l'attivazione di “mediatori”. Si tratta di persone che, facendo parte dell'ambiente di vita dell'utente (famiglia, scuola, gruppo di coetanei), si assumono l'impegno di collaborare all'attuazione del programma. Il mediatore collabora svolgendo, nei confronti della persona che deve modificare il comportamento, una funzione di “controllo”, rinforzando con premi il comportamento da acquisire e scoraggiando il comportamento da modificare. E' anche un modo per non creare un'eccessiva dipendenza dall'assistente sociale e coinvolgere l'ambiente di vita delle persone.

3. Fase di conclusione, nella quale si verificano con l'utente i risultati ottenuti, che possono anche essere elaborati graficamente per far cogliere con più evidenza il lavoro fatto. Anche l'utente può tenere un diario dei propri comportamenti (Dal Pra Ponticelli 1985).

1.1.5 *Il modello centrato sul cliente o Rogersiano*

E' un approccio che si diffonde negli anni '60 e che si ispira alle teorizzazioni sulla non direttività elaborate da Carl Rogers.

Rogers, infatti, padre di questo modello, fonda una “psicoterapia non direttiva”, basata sull’empatia, attribuendo all’operatore il compito esclusivo di ascoltare con partecipazione l’utente. Egli parte dal presupposto che gli individui abbiano molte risorse per auto-comprendersi e per modificare valori, atteggiamenti e comportamenti; risorse che possono emergere grazie ad un clima psicologico facilitante. Il perno attorno a cui si muove la teoria è la relazione che scaturisce dall’incontro tra operatore e utente, relazione che si basa sul rispetto della persona e sulla fiducia nelle sue capacità e potenzialità.

L’assistente sociale, quindi, attraverso la relazione di aiuto ha il compito di stimolare il processo di maturità dell’utente. Ne consegue che gli atteggiamenti dell’operatore devono ispirarsi a:

- Genuinità e trasparenza;
- Accettazione incondizionata dell’utente. L’operatore deve saper accettare la totalità della persona (limiti e pregi), apprezzare e rispettare l’utente;
- Ascolto e empatia. L’operatore deve ascoltare la persona che ha di fronte cogliendo tutto ciò che esprime, sforzandosi di entrare nel suo mondo interiore. L’attenzione non si concentra solo su quanto viene espresso verbalmente, ma anche su ciò che l’utente trasmette con i gesti, con i silenzi, con il corpo. È importante che l’operatore colga sentimenti, emozioni e sensazioni dell’utente e glieli rimandi, cioè lo aiuti a prendere coscienza di sé e dei propri sentimenti (tecnica della riformulazione).

«Si parla di approccio centrato sulla persona non solo in riferimento al fatto che l’attenzione deve essere rivolta alla persona nella sua totalità, ma soprattutto sul fatto che bisogna puntare sulle risorse interiori della stessa per ottenere il superamento delle difficoltà in cui si trova. È la persona, quindi, che, supportata dall’operatore, trova la soluzione al suo problema» (Perino 2010, 59). L’autore stesso, nella sua opera più importante sostiene che se si accetta l’altra persona come qualcosa di rigido, di già diagnosticato e classificato, di già formato dal suo passato, si contribuisce a confermare questa ipotesi limitata. Se invece la si accetta come un processo di divenire, si contribuisce, invece, al limite delle nostre possibilità, a confermare e a rendere reali le sue potenzialità. Pone poi l’enfasi sugli stati d’animo, asserendo che la maggior parte degli errori che si fanno nelle relazioni interpersonali e la maggior parte dei fallimenti a cui egli stesso è andato incontro nella professione, si possono spiegare col fatto che, per qualche motivo di difesa, ci si è comportati in un modo, mentre in realtà si sentiva in un modo del tutto diverso. Conclude dunque ipotizzando che, nel momento della relazione, la teoria particolare del terapeuta è poco importante ed anzi, se è presente nella sua coscienza in quel momento, danneggia probabilmente la terapia. Secondo

Rogers, dunque solamente l'incontro esistenziale è importante: se la teoria occupa il campo della coscienza nel momento immediato della relazione terapeutica, non è in alcun modo utile. Un altro modo di definire questo concetto è che, nella misura in cui pensiamo teoricamente, nel corso della relazione, diventiamo spettatori e non attori, ed è proprio come attori che possiamo essere efficaci (Rogers 1951).

1.1.6 *Il modello centrato sul compito*

Elaborato da William Reid e Laura Epstein nel 1972 affonda le proprie basi sia nelle teorie cognitive che nelle teorie dei sistemi e nel *problem solving*. L'evoluzione del trattamento centrato sul compito è iniziata a partire da un tipo di lavoro sociale individuale breve e limitato nel tempo, sperimentato nella metà anni '60 a New York. I risultati facevano presupporre che la consulenza psico-sociale breve potesse costituire un mezzo per venire in aiuto di individui e famiglie con problemi di relazioni familiari.

Ha come fulcro il "compito", inteso come insieme di azioni concrete affidate all'utente, che si impegna a realizzarle e a parlarne successivamente con l'assistente sociale. Il compito serve all'utente per mettere in pratica comportamenti diversi da quelli usuali e per interiorizzarli.

Seguire questo modello non significa affrontare le cause remote di un problema, ma i fattori che lo stanno causando, puntando l'attenzione sul "*hic et nunc*" e sui fattori modificabili. Si tratta di affrontare problemi particolari, essenzialmente di natura psico-sociale, che possono attenerle alla sfera relazionale (relazioni familiari e interpersonali), allo svolgimento dei ruoli sociali o alla gestione della emotività. Si tratta di difficoltà a cui bisogna far fronte con interventi brevi e tempestivi. Presupposto per la riuscita dell'intervento è che l'utente diventi artefice del percorso di cambiamento e che si impegni a mettere a frutto le sue doti (fantasia, volontà, ecc.).

L'assistente sociale che utilizza questo modello si trova ad agire su due fronti: quello dell'utenza, al fine di individuare i problemi da affrontare, rimuovere gli ostacoli che impediscono la realizzazione dei compiti, definire il contratto, verificare i compiti; quello istituzionale dell'ente che attribuisce il mandato al professionista, per organizzare e gestire al meglio le risorse messe a disposizione.

Gli strumenti utilizzati sono:

- Relazione professionale;
- Colloquio;
- Compito;
- Contratto;
- Risorse dell'ente.

La strategia centrale del modello viene messa in atto attraverso una serie di attività realizzate in collaborazione dall'operatore e dal cliente. Sebbene le tecniche specifiche dell'operatore, incoraggiamento, dare consiglio, gioco di ruolo, siano importanti, l'accento è posto sugli sforzi congiunti dell'operatore e dell'utente secondo il seguente schema:

- Specificazione del problema, identificazione e analisi;
- Analisi delle azioni possibili per la risoluzione del problema;
- Contrattazione;
- Pianificazione del compito;
- Attuazione delle azioni (Incentivi e base logica, Analisi e rimozione degli ostacoli, Sperimentazione e attività guidata);
- Revisione del compito.

I progressi del cliente vengono rivisti sempre all'inizio di ogni colloquio. Anche i compiti dell'operatore sono riesaminati in modo simile. La mossa successiva dell'operatore dipende dai risultati della revisione. Se il compito è stato sostanzialmente realizzato si può stabilirne un altro, se non si è arrivati alla conclusione del compito, l'operatore e il cliente possono occuparsi degli ostacoli o tentare altre attività; il compito stesso può essere riesaminato e sostituito.

La strategia delineata per il trattamento del singolo, viene applicata, con opportune modifiche, al lavoro con i gruppi. Sono stati elaborati adattamenti per due tipi di gruppi: le famiglie e i gruppi formati per aiutare i membri a lavorare su problemi individuali.

In sintesi si può affermare che ci troviamo di fronte ad un modello finalizzato all'apprendimento (attraverso il compito), di breve durata, di tipo direttivo (essendo ancorato al contratto) e che pone attenzione alle relazioni sistemiche, pur non effettuando interventi di tipo terapeutico sulle stesse.

«Si applica bene al servizio sociale proprio perché si caratterizza più come modello educativo che terapeutico, insegnando all'utente, attraverso l'apprendimento sociale, adeguate modalità di soluzione dei problemi» (Perino 2010, 60).

1.2 L'approccio olistico: processuale

La seconda fase di sviluppo dei modelli teorici del servizio sociale si caratterizza per l'assunzione della teoria generale dei sistemi come paradigma interpretativo dei fenomeni sociali e individuali, alla quale si accompagnano concetti quali complessità, multifattorialità, cambiamento, equilibrio. Il servizio sociale opera quindi secondo un nuovo obiettivo, che sostituisce quello di cura, ed è il cambiamento, personale, familiare, sociale. L'operatore sociale deve, partendo dalla comprensione della dinamica sociale e psicologica in cui si trova il cliente, definire gli obiettivi di cambiamento da raggiungere e i mezzi per conseguirli, secondo un progetto di intervento personalizzato.

La complessità delle variabili intervenienti nell'insorgenza di un problema, individuale o sociale, comporta l'implementazione di interventi multipli, passando dalla mera logica della cura a quella della promozione e attivazione di potenzialità (risorse individuali, sociali, territoriali, istituzionali) utilizzabili in funzione della crescita di autonomia dei soggetti nel gestire i propri problemi e, quindi, anche della prevenzione di nuove situazioni di disagio, o del riprodursi delle medesime.

Quindi si realizza il passaggio da un approccio lineare causa-effetto ad un approccio sistemico, da teorie centrate fondamentalmente sulla persona (psicoanalitiche e psico-sociali) a schemi interpretativi che tengono conto del contesto di vita dell'utente e di lavoro del professionista.

Assistiamo al graduale passaggio da una visione antropocentrica al riconoscimento della persona come soggetto inserito in un contesto, che realizza il proprio progetto di vita nell'incontro relazionale con il contesto stesso. La persona non è più vista come destinataria-consumatrice dell'aiuto, ma come protagonista consapevole dello stesso, con simmetrica responsabilità, seppur con ruoli differenti, rispetto agli altri soggetti dell'aiuto.

Il vero cambiamento del servizio sociale è avvenuto quando si è cercato di abbandonare definitivamente il modello medico per aderire al modello di intervento-cambiamento che parte da un'analisi della situazione iniziale, mette in atto una serie di strategie di intervento e valuta i risultati ottenuti. Inizia a diffondersi l'idea secondo la quale l'utente viene considerato un sistema e il servizio sociale (sistema anch'esso) costituisce una nuova variabile all'interno e fra i vari sistemi; ovvero vi è il superamento della suddivisione del servizio sociale in metodi e della suddivisione netta fra trattamento diretto e trattamento indiretto. I modelli sviluppati in questa seconda fase, facendo perno sulla teoria dei sistemi, considerano i problemi come risultanti di variabili diverse tra loro connesse e adottano schemi interpretativi interattivi e processuali, che tengono conto del contesto di vita dell'utente e di lavoro del professionista e che sfociano in interventi articolati e complementari, «erogati in maniera globale, utilizzando metodologie di lavoro unitarie» (Perino 2010, 47).

Queste idee stanno alla base dei cosiddetti modelli olistici o integrati alcuni dei quali (secondo un principio di importanza) saranno di seguito approfonditi.

1.2.1 *Il modello esistenziale*

Il modello esistenziale è stato formato a partire dalle idee espresse da Gordon (1969) e riprese successivamente da Germain (1979). I fondamenti scientifici e ideologici dell'orientamento ecologico hanno guadagnato terreno nel campo delle scienze del comportamento e delle attività assistenziali fin dagli anni '60, quando la celebrazione della "Giornata della Terra" sancì l'interesse crescente per il benessere di tutti gli organismi e di tutti gli ambienti. La sociologia si è accostata all'ecologia anche prima, seguita dall'antropologia, psicologia, geografia, storia e così via, fino ad arrivare al servizio sociale. Una ragione di questo interesse è che l'ecologia offre alle varie discipline gli strumenti per capire l'enorme complessità della vita umana. Agli assistenti sociali serve a trattare con meno sbrigatività la situazione sociale nel campo dell'intervento sulla persona. Le idee ecologiche utilizzate in senso metaforico come orientamento dei fenomeni umani, infatti, aiutano l'assistente sociale a raggiungere una complementarità delle due funzioni che svolge: servizi individualizzati e azione sociale per migliorare la condizione ambientale. Il servizio sociale deve favorire la crescita naturale e lo sviluppo delle persone e influire sull'ambiente in modo che esso sostenga tale crescita e sviluppo. L'intervento ha come obiettivo il punto di raccordo (interspazio) in cui i modelli di reazione e il potenziale di adattamento della persona vengono a scontrarsi con un ambiente negativo. Gli sforzi dell'operatore e del cliente sono quindi rivolti alle risorse e capacità della persona e alle caratteristiche dell'ambiente, con lo scopo di migliorare il rapporto tra le due parti.

Questo approccio individua due specifiche funzioni del servizio sociale: la promozione dello sviluppo della persona umana e l'influenzamento dell'ambiente, del contesto sociale e familiare dell'utente, affinché quest'ultimo ottenga sostegno nel suo processo di sviluppo.

L'ambiente viene visto come ricco di stimoli e di proprietà che possono avere ripercussioni positive sullo sviluppo della persona, protagonista di un processo naturale del suo cambiamento che concerne le diverse fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, ecc....) e/o eventi critici (separazioni, lutti), la gestione dei quali può incontrare difficoltà di adattamento. Si può creare, infatti, una frattura tra le esigenze dell'utente e i sostegni ambientali.

Compito del servizio sociale è quello di creare un punto d'incontro tra persona e ambiente; l'assistente sociale agirà quindi: sulla persona, con attività di sostegno, di informazione per rafforzare o costruire la stima di sé; e sull'ambiente, per promuovere servizi socio-assistenziali, per rimuovere le barriere spaziotemporali, per facilitare l'accesso alle risorse presenti.

L'operatore dovrà effettuare un'attenta valutazione della fase del ciclo vitale nel quale si trova l'utente e, a partire da essa, avviare i processi di sviluppo influenzando contemporaneamente l'ambiente che lo circonda. L'attenzione viene focalizzata su due obiettivi: quello dello sviluppo dell'identità personale e quello dell'acquisizione di un elevato livello di competenza (sommando tutte le esperienze positive vissute nel proprio ambiente) e di autonomia. Obiettivi conseguibili anche attraverso la messa in atto di relazioni positive tra il soggetto e altri individui e l'ambiente, inteso come insieme di reti sociali con le quali il soggetto instaura relazioni.

Per il modello esistenziale, la prospettiva ecologica rappresenta una concezione filosofica dell'essere umano visto come attivo e pieno di significato e dotato di un potenziale di crescita, sviluppo e apprendimento per tutta la vita. Tale concezione si ritrova sia nell'ambito della teoria che in quella dell'intervento sociale. Ci si sposta quindi da un orientamento verso la malattia a un orientamento verso la salute che riflette l'importanza attribuita alle forze progressive.

L'intervento sociale si sofferma su tre punti:

1. La definizione del bisogno-problema e l'unità di attenzione.

In questa prospettiva, le persone e i loro ambienti vengono ritenuti parti complementari e interdipendenti dove ognuna plasma l'altra: i problemi e bisogni nascono quindi dalla transazione tra le due parti, all'interno dell'interspazio, dove si crea una frattura tra i bisogni di reazione ed i sostegni ambientali. L'unità di attenzione è la persona e lo spazio di vita e il contesto ecologico è il "caso" o l'unità di servizio. Il campo dell'intervento sociale (interspazio) comprende 3 aree (fasi del ciclo vitale e influenza culturale, compiti che le persone hanno di fronte mentre si muovono negli ambienti, rapporti interpersonali e strutture di comunicazione) collegate dallo spazio di vita, ognuna di esse con i relativi compiti esistenziali ed ognuna con un potenziale di *stress* se l'equilibrio tra i compiti esistenziali, i bisogni, gli scopi, gli stimoli e le risorse ambientali non esiste o è disturbato;

2. I ruoli del cliente e dell'assistente.

La reciprocità e l'autenticità caratterizzano il rapporto tra assistente sociale e cliente come mezzo per stimolare la competenza del cliente e ridurre la distanza sociale e le differenze di potere esistenti tra loro. Il rapporto non è ugualitario, sebbene ci sia apertura e reciprocità: l'assistente porta le sue conoscenze e abilità professionali, mentre il cliente porta la conoscenza basata sull'esperienza della sua situazione e di ciò che potrebbe essere utile. I due insiemi di conoscenze sono di ordini differenti. Secondo questa teoria il cliente ha una responsabilità primaria perché il lavoro proceda verso i suoi scopi, mentre l'assistente ha la responsabilità secondaria di fornire le condizioni che aiutino a garantire il successo del cliente;

3. Il processo di aiuto.

Nel *life model* si ritiene che l'attività abbia luogo nella fase iniziale dell'esplorazione e assunzione del compito; la fase successiva e la fase finale includono anche la valutazione allo scopo di capire cosa si sia rivelato utile o meno e perché. Questo approccio (analogamente agli altri) è guidato dalla valutazione delle forze dinamiche nell'ambito dello spazio vitale. L'assistente sociale e il cliente cercano di capire il significato e l'influenza delle forze più adeguate sulla persona e sul problema-bisogno per poter fissare gli obiettivi ed escogitare l'azione che farà entrare in campo forze positive nella persona e nell'ambiente per rimuovere gli ostacoli ambientali e per modificare le transazioni negative. La valutazione infatti mette a fuoco le funzioni manifeste e latenti di ciò che sta succedendo, piuttosto che cercar le concatenazioni lineari di causa e effetto.

La prospettiva ecologica sostiene che la competenza professionale dell'assistente deve andare oltre il livello della conoscenza e abilità tecnica nel contesto assistenziale. Deve inoltre comprendere tutta una gamma di conoscenze riguardo alle forze interagenti che colpiscono quel particolare settore della pratica, comprese quelle politiche e economiche, le tendenze demografiche, i problemi di politica sociale, i bisogni che cambiano, i risultati della ricerca e gli sviluppi tecnologici e i valori culturali in via di evoluzione, tutte cose che condizionano la natura dell'intervento. Le esigenze di una pratica in senso ecologico non richiedono quindi solo un altro livello di competenza professionale, ma anche un forte senso di identità professionale. L'assistente è responsabile sia dell'ente e delle sue fonti di finanziamento, sia degli utenti dei suoi servizi.

1.2.2 *Il modello unitario*

Tale modello è stato elaborato da Goldstein, nel 1973. Come la maggior parte degli operatori del servizio sociale individuale si trovò ad affrontare un dilemma particolarissimo. Da un lato, il rapporto che era in grado di instaurare con il cliente e le tecniche professionali che riusciva ad applicare davano vita a un'esperienza intensa e significativa sia per l'utente che per lui stesso. Questa esperienza rinforzava la fiducia nell'utente e gli offriva la sicurezza tale da stimolarlo a tentare nuove modalità di far fronte agli ostacoli. Dall'altro, la possibilità di cambiamento, basate sulle teorie della personalità che usava per capire l'utente, spesso non venivano realizzate. Sembrava che ci fosse un ostacolo al di fuori del loro rapporto che tendeva a intralciare il raggiungimento dei risultati. Oltre a ciò, l'autore afferma di aver iniziato a supporre che il carattere chiuso del loro rapporto gli fornisse una misera prospettiva per il cliente. Poteva afferrare solo alcuni aspetti del suo essere e quelli in rapporto agli altri contesti sociali potevano essere compresi solo tramite resoconti. Furono appunto questi dati ristretti e discutibili a fornire terreno per una diagnosi critica e per delle decisioni programmatiche. Nel corso del tempo queste limitazioni portarono a una ricerca di un sistema più incisivo per la comprensione della vita e del mondo degli utenti.

L'autore si rifà alle teorie di orientamento ecologico-sistemico che considerano le persone come sistemi condizionati da forze interne ed esterne (la persona nel corso della sua esistenza può incontrare difficoltà e imbattersi in crisi esistenziali per vari motivi: mancanza di conoscenza o esperienza, incapacità di gestire ruoli e relazioni). Queste forze interagiscono con il sistema di cambiamento che l'assistente sociale rappresenta, in un processo di apprendimento di conoscenze e comportamenti che conducono al superamento dei problemi esistenziali.

Compito del servizio sociale, come indicato dall'autore (1999) è la gestione dell'apprendimento sociale e del cambiamento.

Le azioni dell'assistente sociale presuppongono la presenza di intenzionalità (presenza di un progetto); consapevolezza (conoscenze attraverso cui raggiungere gli obiettivi); strategia (modalità attraverso cui raggiungere gli obiettivi) e relazioni interpersonali (contatti con le persone). Centrale, dunque, la funzione del rapporto professionale.

L'azione del professionista dell'aiuto, come suggerisce Goldstein (1973) è volta contemporaneamente all'utente (per favorire l'apprendimento di nuovi schemi di comportamento, per potenziare la conoscenza dei propri bisogni, delle proprie motivazioni e delle proprie aspettative) e all'ambiente (promozione delle risorse familiari, istituzionali e comunitarie che veicolano il cambiamento).

Il procedimento metodologico si realizza in maniera unitaria, prendendo in considerazione tre variabili tra loro collegate:

- Strategia: attività di studio e valutazione della situazione, fissazione degli obiettivi, pianificazione e attuazione dell'intervento, conclusione e verifica;
- Bersaglio: oggetto dell'intervento, che può essere costituito da individuo, famiglia, gruppo, istituzione, comunità;
- Fasi dell'attività operativa: fase iniziale (contatto con la persona); fase centrale (trattamento); fase finale (conclusione e verifica).

1.2.3 Il modello unitario basato sul compito

Si delinea a partire dagli anni '60, ma si sviluppa alla fine degli anni '80. La paternità viene attribuita a Ferrario e possiamo affermare che il modello si consolida quando si comincia a diffondere l'idea di intervento sociale in cui il lavoro sui singoli si interfaccia con il coinvolgimento comunitario. Si colloca all'interno dei modelli realistici che considerano e affrontano le problematiche sociali nei loro aspetti individuali e collettivi e si qualifica fin dalle prime elaborazioni come orientamento di ricerca sia nella pratica che nei riferimenti teorici in quanto costituisce una tappa in un processo di continua riflessione.

Viene definito “unitario” perché non propone interventi differenziati rispetto ai diversi interlocutori; è un approccio olistico che considera le problematiche sociali tenendo in considerazione contemporaneamente la loro dimensione individuale e collettiva. La centralità della persona è il fuoco privilegiato dei diversi interventi dell’assistente sociale, che intreccia il lavoro diretto con i singoli all’azione per l’adeguamento delle risorse, il coinvolgimento e la promozione sociale. Pone l’enfasi sul ruolo giocato dall’assistente sociale nell’ente per cui lavora, attribuendo a tale professionista un ruolo di mediazione attiva tra bisogni e domanda sociale da un lato e risorse disponibili o attivabili dall’altro. Non a caso quando si utilizza tale modello si parla di intervento tridimensionale, in quanto investe simultaneamente tre dimensioni:

- Persona;
- Organizzazione in cui si lavora;
- Territorio circostante.

La stessa Ferrario, introducendo il modello richiama una definizione di Heus e Pincus, e lo definisce come un modo di concepire l’oggetto del lavoro sociale e nel contempo lo stile operativo, che tende a congiungere le azioni piuttosto che separarle: il campo con cui l’assistente sociale si confronta viene infatti configurato come un insieme di fattori elevati interdipendenza, che richiedono sia una visione globale sia il possesso di strumenti adeguati diverse situazioni.

Questo modello affonda le sue basi teoriche nelle teorie sistemiche ed ecologiche, nell’approccio classico centrato sul compito, nella psicologia dell’io e nel cognitivismo, utile a considerare la complessità delle problematiche sociali. Le basi teoriche si trovano nelle teorie ecologico-sistemiche e cognitiviste, pur propendendo per una continua ricerca di costrutti esplicativi che favoriscono la comprensione dei fenomeni considerati e la definizione del disegno operativo. Alla base dell’orientamento di ricerca vi è riconoscimento della positività di una pluralità di riferimenti teorici che consentono di guardare la realtà nell’intreccio di livelli che le è proprio, di «leggere il complesso oggetto di lavoro da vertici di osservazione diversi, maturando visioni più prossime al disordine delle situazioni in cui l’assistente sociale opera» (Ferrario 2013).

Vi è uno spostamento dell’attenzione dalla dimensione dei processi psichici a quella delle dinamiche interattive tra persona e ambiente circostante, nonché l’affermazione della tendenza a comprendere le azioni in termini di motivazioni.

L’assistente sociale è dunque impegnato non solo nella soluzione di problemi, ma anche nel rafforzamento dei legami sociali. Agisce nei confronti della persona utilizzando un’ottica bifocale, cioè considera il soggetto inscindibilmente connesso con gli ambienti; nell’esame della situazione, come nel procedere dell’azione, il professionista opera sia nei riguardi della persona che dei soggetti del suo contesto.

Una notevole importanza è attribuita al progetto di intervento individualizzato, che prevede compiti operativi realizzabili nella realtà e che trova la sua traduzione nello strumento del contratto. A tal proposito è opportuno sottolineare l'importanza che ricopre la variabile tempo: progettare interventi con tempi definiti dovrebbe fungere da stimolo per l'utente ed evitare la sua passività.

Il lavoro per le persone si sviluppa all'interno delle funzioni di un servizio e del progetto globale di intervento del professionista, si ispira ai principi del servizio sociale si riferisce alle visioni teoriche sopra richiamate, che configura la persona come soggetto radicato in un contesto, titolare di intenzioni responsabile della formulazione di progetti per far. Di conseguenza le relazioni di aiuto sono di natura promozionale e abilitante, poiché si basano sulla capacità e sulle risorse del soggetto per favorirne l'evoluzione e si fondano sulla collaborazione della persona e di soggetti significativi.

L'approccio unitario sottolinea la rilevanza dell'elemento temporale sia come contenitore delle attività nel loro complesso, sia come risorsa da investire in modo oculato e differenziato il rapporto situazioni obiettivi. In particolare, considera la limitazione come fattore incentivante rispetto alle capacità delle persone e ai dinamismi del cambiamento, a fronte delle prese in carico prolungate, che possono suscitare dipendente passività, o dei progetti collettivi senza termini, che scoraggiano i potenziali partecipanti.

In sintesi, si può affermare che il modello unitario centrato sul compito sia ancorato a cinque sistemi:

1. Sistema di attori di cambiamento (persone da coinvolgere nel progetto);
2. Sistema utente;
3. Sistema risorse;
4. Sistema azioni;
5. Sistema spazio-temporale (tempi e luoghi di svolgimento degli interventi).

L'autrice suggerisce che la difficoltà a fronteggiare efficacemente l'ampio campo operativo suggerisce l'integrazione con le strategie della centratura sul compito del lavoro di rete e riflettendo sugli aspetti critici evidenzia che una visione dei clienti del loro contesto segnata dalla negatività e dal bisogno induce a realizzare interventi sostitutivi ingiustificati e presa in carico estese senza previsione di chiusura, che mal si accordano a questo tipo di approccio. Inoltre, prevale nella quotidianità, l'impegno professionale relativo alle situazioni individuali, che riduce il lavoro di territorio, o ancora scollega l'investimento nei progetti collettivi dall'azione professionale di carattere riparatorio, facendo perdere di vista le possibili sinergie. Un grosso problema è la complessità senza uguali presente nelle situazioni, che induce spesso a «ricercare in modo illusorio forme di specializzazione difficile ufficialmente adattabili al ruolo dell'assistente sociale, o a trascurare il potenziale di tridimensionalità, che caratterizza l'azione professionale, unitamente all'esigenza di operare in rete» (Ferrario in Campanini *et al.* 2013).

1.2.4 Il modello integrato

Elaborato da Allen Pincus e Anna Minahan nel 1973, il modello in esame si basa su tre parti tra loro collegate:

- La situazione problematica;
- La persona che ha evidenziato il problema;
- La valutazione che la persona stessa fornisce della situazione.

Il servizio sociale interviene quando la persona ha difficoltà a risolvere i propri problemi, dirige la sua azione sull'interazione tra le persone e il loro ambiente, presupponendo che chi è in difficoltà cerchi aiuto nelle risorse naturali o informali (famiglia, vicinato), nelle risorse comunitarie o formali (associazioni di volontariato, parrocchie), nelle risorse ambientali o sociali (enti assistenziali, ospedali, scuole).

L'assistente sociale, quindi, opera a tre livelli: dell'individuo per migliorare la capacità del *problem solving*; di rapporto tra bisogno e risorse, per attivare le risorse presenti nel contesto; ed infine di sistemi comunitari e sociali, per favorire lo sviluppo delle politiche sociali.

Il servizio sociale parte dal presupposto che i problemi non sono un attributo della persona, ma un attributo della loro situazione sociale, dei loro rapporti con i sistemi di risorse.

L'assistente sociale agisce su tre livelli di interazione: quello che concerne le persone inserite in un sistema di risorse; quello che concerne le persone e i sistemi di risorse; quello che concerne i sistemi di risorse; e in riferimento a 4 tipologie di sistemi che interagiscono costantemente nel processo di aiuto:

1. Sistema agente di cambiamento: l'ente per cui l'assistente sociale lavora;
2. Sistema utente/cliente: la persona, la famiglia o il gruppo che chiede aiuto e con cui il sistema agente di cambiamento entra in contatto per promuovere il cambiamento;
3. Sistema bersaglio: persone che l'assistente sociale deve coinvolgere per risolvere il problema ed elementi della situazione che devono essere modificati;
4. Sistema d'azione: le persone e le risorse che supportano il sistema agente di cambiamento nel raggiungimento dell'obiettivo.

I rapporti professionali che l'assistente sociale instaura con le persone dei quattro sistemi evidenziati devono essere contraddistinti da: intenzionalità (cioè essere orientati ad uno scopo); attenzione al cliente (cioè essere in grado di offrire all'utente tutto l'appoggio necessario per sviluppare in lui il processo del *problem solving*), l'obiettività (cioè la possibilità di creare una relazione centrata sul cliente).

Ogni rapporto professionale contiene elementi di collaborazione, contrattazione/conflitto. Gli elementi di collaborazione devono portare ad un accordo preciso sui fini da raggiungere e sui compiti reciproci. Gli

elementi di contrattazione si evidenziano quando sussistono diversità di scopi tra i vari sistemi in gioco; si può giungere ad accordi favorevoli oppure si può rimanere a livello di conflitto.

Il servizio sociale è visto come un processo di cambiamento programmato che procede attraverso una serie di azioni dirette ad uno scopo. Il rapporto tra assistente sociale e utente dovrà portare alla definizione di un contratto che può prevedere anche contratti con gli altri sistemi, e da questo devono scaturire una serie di compiti che sia l'assistente sociale che l'utente devono assumersi.

«Si dà molta importanza al potere di influenzamento (inteso come sforzo di modificare le decisioni altrui) che può avere l'assistente sociale, potere che può derivare da varie fonti, formali e informali (capacità, fascino personale, mandato sociale), e che può essere esercitato in diversi modi (persuasione, uso dell'ambiente)» (Dal Pra Ponticelli 1985, 426).

1.2.5 Il modello sistemico-relazionale

È un modello che si sviluppa, in Italia, a partire dagli anni '80, facendo seguito alle riflessioni sulla teoria generale dei sistemi di Von Bertalanffy e alle sue applicazioni operative nel campo della terapia familiare, rifacendosi dunque non solo alle basi teoriche della teoria generale dei sistemi e della terapia familiare, ma anche alla comunicazione umana, alla seconda cibernetica e al costruttivismo sociale.

Il servizio sociale ha sempre avuto l'esigenza di vedere il problema portato dal singolo utente all'interno di un contesto più ampio. Il servizio sociale italiano si è evoluto in questi anni tenendo presente la necessità di non operare una trasposizione semplicistica dalle tecniche messe a punto in altri contesti, quale quello terapeutico, ma di realizzare una sintesi originale tra teorie a cui faceva riferimento e fondamenti del servizio sociale, per arrivare all'elaborazione di un modello per la pratica congruente con i principi e i valori e applicabile nello specifico contesto di organizzazione dei servizi. Questo modello nasce quindi dalla necessità di conoscere non solo il soggetto che pone la domanda o che viene segnalato come portatore del problema, ma anche il suo contesto significativo. Le informazioni raccolte andranno poi collegate in un'ipotesi di tipo sistemico, cioè a una causalità circolare che introduca una punteggiatura nella sequenza di eventi tale da far acquistare un significato relazionale comportamenti dei vari attori e da rompere vecchi schemi spiegazioni che si sono rivelate inefficaci per la soluzione del problema che l'utente presenta (Campanini 2013).

Von Bertalanffy introdusse, oltre al concetto di relazione, quello di interazione, definendo il sistema come un insieme di elementi che interagiscono tra di loro, presupponendo in questo modo l'esistenza di un'interdipendenza tra le parti e la possibilità di un cambiamento, attraverso la reversibilità della relazione. Dunque, all'interno del sistema, se varia il comportamento di una parte (ad es. la perdita del lavoro da parte di un membro del nucleo, l'ente locale aumenta o diminuisce le risorse a disposizione del servizio sociale, ecc....), tutte le altre parti mutano e muta il "sistema" stesso.

I sistemi, a loro volta, possono essere di tipo diverso; si definisce infatti chiuso quel sistema che non ha relazioni con l'ambiente, né in entrata, né in uscita; aperto quel sistema che scambia con l'ambiente materiale, energia, informazione e che si modifica sulla base di questi scambi.

Il concetto di sistema aperto si adatta particolarmente allo studio degli organismi viventi, per i quali l'interscambio con l'ambiente è elemento essenziale che ne determina la vitalità, sia nella possibilità di riproduzione e di continuità che in quella di mutamento. Gli organismi viventi possono, pertanto, essere considerati come sistemi, il cui principio organizzatore è costituito dall'informazione. Viene definita *input* un'informazione che entra nel sistema, *output* quella in uscita.

Importante anche il concetto di retroazione (*feed-back* in inglese), che è alla base della circolarità, caratteristica dei processi interattivi, tipici dei sistemi aperti. Un'informazione che va dall'emittente al ricevente comporta una successiva informazione di ritorno (*feed-back*) da quest'ultimo all'emittente. Questo concetto di retroazione ha dato la possibilità di osservare, in modo nuovo, il funzionamento di sistemi di interazione.

Ogni informazione di ritorno può avere due effetti: o fa raggiungere e mantenere la stabilità (omeostasi) del sistema, ed è quindi negativa (dice no al cambiamento), oppure è positiva, provoca una perdita di stabilità e di equilibrio nel sistema, favorendo un cambiamento.

Poiché i sistemi scambiano continuamente informazioni al proprio interno e con l'esterno, ognuna di queste dovrà essere incamerata, elaborata e confrontata con i modelli organizzativi che, in base a questo processo, potranno avere una conferma (omeostasi) o una spinta alla trasformazione.

Trasformazione e omeostasi costituiscono due processi complementari necessari alla vita del sistema.

In relazione al processo di aiuto l'utilizzo del metodo sistemico relazionale richiama fortemente l'ancoraggio al processo metodologico alla sua scansione in fasi, alla necessità di un comportamento professionale che richiede tempi tecnici e un'articolazione finalizzata del proprio agire senza lasciarsi trasportare dalle urgenze o cadere nella routine.

L'assistente sociale non si sostituisce mai alla persona, non propone modelli rigidi a cui adeguarsi, ma attraverso la raccolta delle informazioni fornite dai soggetti, collegandole in un'ipotesi che dia senso i loro comportamenti, propone ciò che Watzlawick (1971) definisce, una punteggiatura diversa, che si qualifica come stimolo perché il sistema stesso trovi la via per riorganizzarsi in un cambiamento che sia più funzionale alle relazioni interne e a quelle con il contesto sociale, rispettando i tempi, le caratteristiche, le finalità.

Una relazione è complementare quando le due persone si trovano in una condizione di disuguaglianza, nel senso che una sembra essere in posizione di dominanza, poiché ha dato inizio all'azione, e l'altra sembra seguirla. I due individui si adattano l'uno all'altro e si fanno da complemento: il primo si trova in

una posizione definita *one up*, il secondo in una posizione definita *one down* (rapporto madre-neonato). In questo tipo di relazione c'è un'accettazione e un apprezzamento delle differenze.

Una relazione è simmetrica quando due persone si comportano come se fossero in una condizione paritaria. Ognuna delle due vanta il diritto di dare inizio all'azione, di criticare l'altra, di offrire consigli (adolescente che tenta di porsi su un piano di parità con i genitori).

Analizzando le implicazioni di questo assioma, si rileva l'impossibilità di ipotizzare che una sola persona possa definire la natura della relazione, mentre l'altra non possa che accettare tale definizione: in fondo, non può esserci un leader se non ci sono dei seguaci.

Altra considerazione è quella che impedisce di attribuire valore di forza alla posizione *up* e di debolezza alla posizione *down*. Talvolta può essere proprio la debolezza l'elemento attraverso il quale un soggetto definisce la relazione, in modo che l'altro sia costretto a proteggerlo.

Annamaria Campanini, nella voce del nuovo dizionario di servizio sociale dedicata al modello sistemico relazionale (2013) esplicita in modo chiaro il significato del pensiero sistemico e riferisce che «pensare in maniera sistemica vuol dire crearsi una nuova mappa mentale, procedendo per diversi livelli sistemici, e cogliere nelle interrelazioni, avendo chiaro che ogni delimitazione è una scelta arbitraria che può essere funzionale alla comprensione all'intervento, ma è sempre parziale».

L'autrice propone la costruzione di un modello teorico partendo dal valore centrale del servizio sociale, cioè dal rispetto della persona umana nella sua dignità e libertà, che si traduce in atteggiamenti quali l'accettazione e l'autodeterminazione. L'assistente sociale deve porsi come strumento che introduce informazioni nuove, non sostituendosi mai alla persona, non offrendo modelli rigidi a cui adeguarsi, ma facilitando il cambiamento e la riorganizzazione del sistema stesso, rispettandone i tempi, le caratteristiche, le finalità. Inoltre, attraverso la neutralità, atteggiamento professionale difficile a raggiungersi, l'operatore privilegia una posizione non giudicante che consente, pur nel rispetto del mandato istituzionale, il superamento di valutazioni legate a stereotipi o che non tengono debitamente conto del contesto relazionale in cui il singolo è inserito.

Questa posizione teorica comporta uno studio attento di ogni situazione per coglierne la specificità ed evitare soluzioni burocratiche o standardizzate, stimolando l'assistente sociale a sviluppare un atteggiamento di creatività, di inventività e capacità di sperimentazione.

Applicando l'ottica sistemica, perciò, si dà spazio al soggetto e alle sue relazioni, si potenzia la capacità dell'assistente sociale di leggere il bisogno, non fermandosi a quanto viene chiesto esplicitamente dall'utente, o peggio ancora, selezionando la domanda sulla base delle risposte che il servizio può offrire bensì considerando la complessa globalità dell'individuo.

La considerazione che l'ottica sistemica attribuisce al contesto all'interno del quale nasce il problema facilita un approccio globale che stimola all'integrazione e all'interdisciplinarietà tra i diversi operatori

che possono intervenire per concorrere ad affrontarlo. Già da queste considerazioni è possibile affermare come l'ottica sistemico-relazionale non solo non è incompatibile con i principi e i valori del servizio sociale, ma li potenzia.

Riprendendo Donati (2006) possiamo ricordare che egli tende a differenziare in modo forte la teoria relazionale dal paradigma sistemico, pur riconoscendo un certo substrato comune e punti di afferenza. Secondo tale approccio la società può essere vista come relazione e il cambiamento sociale consiste nella "emergenza" di realtà sociali agite da soggetti (individuali e collettivi) che stanno in relazione tra loro in un determinato contesto. «La società della globalizzazione è relazionale perché in essa le relazioni esplodono e implodono con ritmi incessanti e sempre più veloci. In tale contesto le patologie sociali vengono a manifestarsi come rottura, fuoriuscita o distorsione delle relazioni, vuoi nella direzione del puro individualismo, vuoi nella direzione dell'emergenza di sistemi sociali che non consentono la produzione di senso nelle relazioni inter-umane» ed è allora che l'analisi relazionale, può divenire uno strumento metodologico che si integra e diventa fondante delle metodologie di servizio sociale.

I servizi sociali secondo Donati (2002) sono dei fenomeni sociali all'interno dei processi di riproduzione sociale, intesi come gestione sociale della crisi politica del sistema stesso e solo attraverso "sovrafunzionalità", transaziononaltà" e "comunicazione simbolica" sarà possibile interpretare la riproduzione sociale uscendo dai classici schemi riduttivi.

Un altro passaggio importante porta a distinguere tra servizi sociali genericamente intesi e servizi alla persona, in cui emerge la componente relazionale. La razionalizzazione dei servizi socio-sanitari, come sostiene Donati (2001a) ha portato alla costruzione di un *welfare mix* che si divide fra quasi-mercati (soluzione lib/lab) e via societaria (soluzione statutaria), i servizi alla persona si qualificano per l'offerta di un servizio relazionale che prevede la collaborazione tra chi offre l'intervento e chi lo riceve in un'ottica di *sharing* o di reciprocità (Rossi, 2005); ciò consente di calibrare l'azione rispetto alle esigenze specifiche di un individuo considerato nel suo contesto relazionale.

I servizi sociali relazionali si caratterizzano per il tentativo di non avvalersi, o almeno di ridurre al minimo, nell'esercizio delle loro funzioni, di servizi istituzionalizzanti, prestazionali e struttural-funzionalisti (Stanzani 2006). In questa visione essi si avvalgono invece, di risorse che:

- Utilizzano forme di *governance* e contratti relazionali che non hanno per oggetto delle transazioni, ma delle relazioni inerenti tanto aspetti economici e di interesse quanto di legame e benessere (Donati 2001a);
- Nascono dall'esistenza di una certa quota di capitale sociale, inteso come l'esistenza di fiducia interpersonale e generalizzata, spesso dettata dal trovarsi in una condizione di empatia verso un certo bisogno;
- Hanno come obiettivo quello dell'*empowerment* che non deriva "dalla cessione di potere" di qualcuno a favore di un altro, ma sta a monte della relazione e nello specifico è una competenza d'azione e un potere che le reti primarie possiedono;
- Offrono come prodotto i beni relazionali (Tronca 2006), che hanno più beneficiari contemporaneamente e producono utilità solo se condivisi con altre persone;
- Sono caratterizzate da prossimità.

1.2.6 Il modello di rete o ecologico

Obiettivo fondamentale del modello, che comincia a svilupparsi negli anni 70, ma che trova il suo compimento negli anni 90, è quello di aiutare l'utenza a conoscere e utilizzare le risorse personali e istituzionali. Il servizio sociale, quindi, dovrebbe intervenire solo nel momento in cui si verificano difficoltà nella relazione di rete, con l'intento di ristabilire la funzionalità della stessa. L'aiuto, pertanto, viene ad identificarsi con la promozione di interventi circolari e con la scoperta di risorse a livello micro e macro sociale.

Folgheraiter (2000a) definisce l'approccio di rete o ecologico più che una nuova tecnica o un nuovo modello di lavoro, come una possibilità alternativa di accostarsi cognitivamente ai rispettivi compiti di lavoro da parte delle varie figure di vecchi e nuovi operatori sociali. Si tratterebbe quindi di una diversa prospettiva di cura umana che integra in sé un po' della tradizione medico-sanitaria e dell'approccio assistenziale transcendendoli entrambi, in una prospettiva sociale.

In generale, il termine rete indica un insieme di elementi intrecciati a tal punto da sembrare una trama di maglie; quando nello specifico si parla di reti sociali, si intende quell'insieme di risposte e/o risorse umane e istituzionali che si legano con rapporti/relazioni stabili in funzione di percorsi di aiuto (Bartolomei e Passera 2005).

Le reti sociali, però, per essere considerate tali, devono possedere alcune caratteristiche comuni e prescindere dagli approcci teorici nei quali si inseriscono: esistenza e visibilità dei legami/relazioni,

relazioni di scambio di natura diversa (di beni e servizi e/o scambi simbolici), produrre sostegno ai soggetti sia all'interno della rete stessa che nel rapporto con l'esterno o con gli altri sistemi, con effetti sia sul piano affettivo-psicologico che materiale e sociale ed infine reciprocità degli scambi.

Nel lavoro di rete si fa riferimento a diverse tipologie di reti: di istituzioni, costituite prevalentemente da relazioni formali tra Enti/strutture, di persone, strutturate da relazioni tra persone fisiche, nell'esercizio di una professione/ruolo ma anche come singoli soggetti

A sua volta una rete di persone può essere definita: sociale (questa classificazione rimanda prevalentemente alla struttura), costituita dalle relazioni tra le persone significative dell'utente, o di fronteggiamento (dinamica), costituita dalle relazioni tra le persone impegnate nella soluzione di un problema.

La rete di fronteggiamento, a seconda della sua funzione è detta: *helping coping network*, ovvero rete di aiuto, costituita dalle relazioni tra persone a partire da disagi/crisi conclamati, oppure *developmental coping network*, rete di sviluppo, che nasce da relazioni tra persone a partire da una insoddisfazione e da un desiderio di maggior benessere, teso a modificare la situazione di partenza.

Le reti sociali invece possono essere suddivise in:

- Reti sociali primarie, riferite alle persone legate da relazioni "faccia a faccia", ma non necessariamente di natura affettiva;
- Reti sociali secondarie, ossia quelle in cui la persona è coinvolta ma non direttamente, quindi potremmo dire che conosce le persone costituenti la stessa, ma non direttamente.

Sia le reti primarie che quelle secondarie, spesso indicate anche come reti informali, sono reti molto dinamiche che possono presentare un alto grado di variabilità, spesso alcuni soggetti vi danno vita, in forma aggregativa, per rispondere a bisogni specifici di rilevanza comunitaria, senza peraltro assumere una veste istituzionalmente definita.

Vi sono poi le reti sociali formali, quelle costituite dalle istituzioni sociali, formalizzate ufficialmente in base a specifiche norme e mandati. Sono molto strutturate, forniscono servizi particolari, concorrono con la propria specificità al sistema di *welfare*.

Il lavoro di rete si fonda, in linea generale, sulla teoria dei sistemi, sulla teoria della comunicazione e sulla teoria dello scambio; possiamo definirlo come l'insieme di interventi finalizzato a legare fra loro persone, gruppi o istituzioni tramite significative relazioni interpersonali e interfunzionali per migliorare la qualità della vita dei singoli e della comunità, gli orientamenti metodologico-operativi in cui si delinea si diversificano in funzione della specificità di contesto e di finalizzazione.

Nel nostro paese è possibile individuare quattro orientamenti metodologici al lavoro di rete:

1. Lavoro di rete a indirizzo terapeutico. Considera la rete informale come una realtà “curante” e “curabile” in senso clinico. L’operatore è un terapeuta.
2. Lavoro di rete come disegno organizzativo. Identifica le reti come risorse e crea una rete organizzativa che connette risorse naturali e istituzionali. Si tratta di una pratica di lavoro assimilabile al “lavoro sul territorio”.
L’operatore ha un ruolo centrale ed attivo, formula le ipotesi di soluzione dei problemi e orienta le reti costruite.
3. Lavoro di rete che, a partire dai bisogni del soggetto, attinge alle risorse comunitarie.
Si tratta di un indirizzo che valorizza in modo particolare il terzo settore e che fa riferimento a pratiche quali il *social networking* e la *community care*.
Nel primo caso l’operatore è un mobilizzatore e coordinatore delle risorse della comunità; nel secondo caso è un costruttore di reti pronto a ritirarsi quando la rete è autonoma.
4. Lavoro di rete che valorizza le reti naturali del soggetto.
L’operatore è una guida relazionale, facilitatore dei processi verso l’autonomia e si ritira quando la rete ha raggiunto l’autonomia.

«Qualsiasi sia l’indirizzo seguito appare evidente che, nell’utilizzo di questo modello teorico, è possibile operare a livello di singoli, di gruppi e di istituzioni e con l’utilizzo di una prospettiva bifocale, che contempli la soluzione dei problemi delle persone e, contestualmente, un miglioramento delle risorse comunitarie. Di qui l’importanza attribuita alla autonomia di azione di tutti i soggetti interessati: professionisti, cittadini-utenti, volontari, etc.» (Bartolemei e Passera 2005, 138).

Maria Luisa Raineri (2004), identifica le tappe del processo metodologico di rete secondo il seguente schema:

1. Individuare la rete iniziale
C’è già un piccolo nucleo di persone consapevoli del problema?
Oppure
E’ possibile coinvolgere un piccolo numero di soggetti informali?
2. Guidare la rete ad auto percepirsi
E’ necessario/opportuno coinvolgere altri soggetti informali?
E’ necessario/opportuno coinvolgere altri soggetti formali?
3. Guidare la rete ad allargarsi
Chi vogliamo coinvolgerci?
Con quali nostre azioni potremmo mettere insieme queste persone?
Quale soluzione per allargare la rete va meglio per noi?

4. Guidare la rete ad identificare un problema condiviso
Cosa dobbiamo affrontare assieme?
5. Guidare la rete nel brainstorming e nel definire le strategie
Con quali nostre azioni potremmo migliorare la situazione?
Quale soluzione va meglio per noi?
6. Guidare la rete nel monitorare sé stessa
Stiamo facendo quanto concordato?
7. Guidare la rete ad auto valutarsi
Stiamo raggiungendo/abbiamo raggiunto un risultato che ci soddisfa?
8. Condivisione delle funzioni di guida
E' possibile/necessario che qualcuno sostituisca o affianchi l'esperto nelle funzioni di guida?

Riprendendo Folgheraiter (1998) possiamo definire la relazione in due modi:

- L'esserci di una persona per l'altra, una realtà psichica che è il presupposto che rende possibili le azioni reciproche, le interazioni, influenzate da:
 - il legame, continuità delle relazioni
 - il rapporto, la valutazione soggettiva della relazione
 - la forma, il tipo di struttura delle relazioni.
 Mero legame, condizionamento dell'azione reciproca
- Azione sui generis che trascende o eccede le interazioni originarie e produce nuovi stati di realtà.

Quando si considerano molteplici relazioni assieme, incontriamo i concetti idealtipici di sistema e di rete, i quali enfatizzano, l'uno le azioni consolidate l'altro le azioni più libere di svilupparsi. Il sistema relazionale va guardato a ritroso, come un macchinario che riproduce meccanismi definiti e reiterati, sempre uguali tra loro, latenti o espliciti, ma funzionali all'utilità del sistema stesso. Una rete sociale va guardata in avanti, in divenire, è una struttura leggera, delle relazioni che lascia agli elementi una relativa libertà di movimento in vista di scopi aperti, mossi dall'utilità individuale e sovra individuale, in una sorta di sinergia più che di sovrapposizione tra questi due livelli.

«Nel lavoro social, la nozione di problema si definisce come incapacità di più persone di perseguire scopi aperti, quindi come incapacità di azione della rete. In psicoterapia il problema è piuttosto definito come un sottoprodotto indesiderato, nella veste di una patologia individuale, di un determinato funzionamento rigido o chiuso di un sistema. Pertanto, in psicoterapia, la soluzione è vista come destrutturazione di un sistema, nella speranza che autopoieticamente si ristruttururi per il meglio, mentre nel lavoro sociale, la soluzione deve essere intesa come un processo efficace di individuazione e perseguimento intelligente, anche per prova ed errore, di scopi condivisi (di beni comuni) inizialmente incogniti».

Tab.1.1 I modelli di servizio sociale

Approccio tradizionale: medico-lineare	Approccio olistico: processuale
Problem Solving	Modello esistenziale
Modello Psico-sociale	Modello unitario
Modello Funzionale	Modello unitario basato sul compito
Modello di modificazione del comportamento o socio-comportamentale	Modello integrato
Modello centrato sul cliente o Rogersiano	Modello sistemico-relazionale
Modello centrato sul compito	Modello di rete o ecologico

2. Una proposta innovativa nell'applicazione del modello integrato: il progetto promosso dal centro specialistico "il Faro"

Ad oggi la Legge 328/2000 definita "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" costituisce il pilastro normativo della materia, definisce diversi concetti centrali e sancisce principi generali, finalità e modalità di erogazione nel modo dei servizi. Pur non indicando un modello di servizio sociale preferibile, lasciando ai singoli operatori la libertà di applicare uno o l'altro metodo a seconda della situazione, sottolinea la necessità di realizzare un sistema integrato, capace dunque di legare e tenere insieme aspetti diversi della realtà sociale, costellata da una pluralità di persone che si incontrano a vario titolo, portatori di problemi e criticità, ma anche di risorse e possibilità, nonché di enti e associazioni.

Secondo l'articolo 1 di tale legge "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione". All'articolo 3 definisce poi i principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali, sancendo che "per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere" e all'articolo 16 si sottolinea "Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il

ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi”.

Dopo anni contraddistinti da una certa frammentarietà, in cui i principi della 328 sono a lungo rimasti per lo più assunti teorici, o nella migliore delle occasioni obiettivi verso i quali il mondo dei servizi ha cercato di tendere, il progetto del centro specialistico “il Faro” ha tentato di mettere insieme i diversi punti di vista, nati dall’ottica multi-professionale, per vedere i servizi alle persone come delle culture in senso antropologico, processi di pensiero, criteri di analisi, modi di leggere, contesti e modi d’agire: servizi come culture, e in quanto tali trasferibili, in quanto conoscenze.

Il progetto “La valutazione delle Cure Parentali-Strumenti per la Diagnosi Sociale” è frutto di una collaborazione tra Azienda U.S.L., Comune di Bologna e Servizi Sociali Minori dei Comuni del territorio provinciale, nato su base volontaria e con l’assenso dei vari Responsabili di Servizio, durante l’evento formativo “La valutazione dello stile di funzionamento genitoriale: strumenti e metodi d’intervento del lavoro sociale” organizzato dal Centro Specialistico contro i maltrattamenti all’Infanzia “il Faro” dell’A.U.S.L. di Bologna, al quale la sottoscritta ha partecipato in prima persona in qualità di assistente sociale.

Il centro specialistico “il Faro”, operativo dal 2002, nasce da una convenzione che coinvolge vari Enti pubblici (Provincia, Comune e A.U.S.L. di Bologna, Aziende dei Servizi alla Persona del territorio provinciale, Policlinico S Orsola-Malpighi, Comuni Capofila dei Piani di Zona) con l’obiettivo di rispondere qualificatamente in materia di maltrattamenti e abusi sui minori tramite un elevato grado di competenza specifica sul piano clinico, formativo e consulenziale. Dopo diversi anni di attività, ad oggi si configura come accordo di programma tra le varie aziende U.S.L. provinciali, al fine di consentire la formazione di equipe di lavoro integrate³.

Come emerge dagli atti relativi al progetto l’evento formativo organizzato nell’anno 2011 ha messo in luce la necessità di adottare metodi e strumenti per valutare le capacità parentali nei casi di minori a rischio psicosociale. “il Faro” ha raccolto questo bisogno promuovendo un progetto volto a elaborare buone prassi professionali, definire un percorso condiviso, scientificamente fondato e confrontabile per la diagnosi sociale e l’*assessment* dei dati raccolti durante l’indagine sociale, per pervenire a un parere professionale qualificato a garanzia degli utenti e in particolare dei soggetti in età evolutiva.

È stata quindi sollecitata la formazione di un gruppo di lavoro concentrato che, revisionate attentamente le fonti letterarie, sulla definizione del modello teorico e del metodo in cui trovare la giusta collocazione

³ Per maggiori informazioni www.ausl.bologna.it (ultimo accesso il 15/02/2015)

concettuale ed operativa, ha cercato di elaborare strumenti di valutazione delle cure genitoriali e di diagnosi sociale.

Evidenziando che le ricerche scientifiche hanno sottolineato la stretta interdipendenza tra eventi particolarmente stressanti (individuali, familiari e sociali), in ambiti familiari già fragili, ed esperienze sfavorevoli infantili dannose per lo sviluppo, nonché tra questi ultimi e la presenza di altri fattori, cosiddetti di “protezione”, che possono contrastare in senso positivo la traiettoria del rischio (Cheli *et al.* 2011) il gruppo ha quindi deciso di prendere in considerazione tali fattori (rischio-protezione) ed il loro mutevole intersecarsi per giungere alla diagnosi sociale, intesa come un parere professionale sulle cure parentali orientato al recupero delle stesse, qualora deficitarie e/o compromesse, funzionale ad individuare adeguati progetti d'intervento.

L'obiettivo principale è stato quello di giungere a un parere professionale qualificato in merito alle capacità genitoriali, sia che i nuclei familiari si presentino spontaneamente al servizio, sia che vengano inviati dall'autorità giudiziaria.

Vale la pena ricordare che l'assistente sociale ha come principale funzione la protezione del minore e, quindi, il dovere di riferire all'autorità giudiziaria le condizioni di rischio psicosociale, nonché di attivare i necessari interventi di protezione:

- La capacità di monitorare/valutare la condizione di vita del bambino e/o adolescente in stato di bisogno;
- Offrire alla sua famiglia l'aiuto e il sostegno necessari per fronteggiare le criticità del proprio ciclo vitale;
- Collocare il minore in via d'urgenza e provvisoria in un luogo sicuro, qualora le figure genitoriali non siano in grado di provvedere ai suoi bisogni essenziali.

È facile osservare, quindi, come una stessa finalità assuma in sé differenti dimensioni che non sempre corrispondono a bisogni affini e convergenti. Da ciò nasce l'esigenza di individuare, contemporaneamente, diverse sinergie (genitori, figli, risorse sociali, autorità giudiziaria) nel rispetto dei tempi del minore e delle rispettive competenze.

Nel lavoro svolto, inoltre, il gruppo bolognese ha cercato di dare centralità agli aspetti emotivi del professionista, derivanti dall'impatto con storie di sofferenza e talvolta di maltrattamento, aspetti che dovrebbero essere sempre considerati ogni qual volta ci si appresta a lavorare nell'area della valutazione delle capacità genitoriali, consapevoli che gli strumenti da soli non bastino e che occorranو adeguate competenze relazionali ed emotive, senza le quali rischia di essere compromessa anche l'abilità di valutare la nostra stessa esperienza di professionisti.

Il progetto, che ha impegnato gli operatori per circa un anno, è stato illustrato durante un seminario svoltosi a marzo del 2012, dove sono stati distribuiti gli strumenti di valutazione e raccolte le adesioni

degli assistenti sociali della provincia di Bologna per l'avvio a una formazione specifica con l'obiettivo di sperimentare l'effettiva applicazione in ambito sociale degli strumenti (oggetto specifico della ricerca condotta), la cui prevalente area di applicazione è individuata in tutti i casi in cui l'autorità giudiziaria richiede all'assistente sociale una valutazione delle condizioni di vita del minore, con particolare riferimento alle relazioni genitoriali, ma anche nei casi in carico ai servizi sociali in cui emerge una condizione di potenziale pregiudizio per il minore, tale per cui è necessario approfondire e valutare il rischio socio-ambientale.

CAPITOLO SECONDO

Diagnosi sociale e valutazione delle cure genitoriali

La diagnosi sociale costituisce uno dei principali interventi di servizio sociale e, in associazione con la valutazione delle cure genitoriali, costituisce il fulcro degli interventi in materia di tutela minorile, nel senso più pieno del termine. Per tutela dell'infanzia non si intendono infatti solo le misure di protezione finalizzate a ridurre il rischio di pregiudizio per il minore con la finalità di evitare il definitivo deterioramento della relazione tra genitori e figli, bensì la costruzione articolata di un intervento complessivo che consenta ai diversi membri della famiglia di modificare i legami in cui sono coinvolti, per permettere che i bambini, primo luogo, possano ritrovare un equilibrio capace di permettergli un sereno sviluppo psico-fisico (Bertotti 1996).

«Avere presente il problema della tutela dell'infanzia significa realizzare che i bisogni a cui i servizi si trovano a dover rispondere non sono solo quelli portati dagli adulti, connessi alla collocazione istituzionale del servizio, ma anche quelle di altri soggetti, bambini; significa comprendere che il cliente visibile, l'adulto che si rivolge un servizio, porta dentro di sé con sé un cliente invisibile, il bambino la cui sofferenza più o meno volontariamente si fa portavoce. Nel momento in cui un qualsiasi servizio psicosociale sanitario pone il problema della protezione dell'infanzia inevitabilmente, nel rapporto che questi instaura con la famiglia, intervengono importanti modificazioni» (Bertotti in Ghezzi *et al.* 1996, 32) .

Tra i vari compiti che la normativa italiana attribuisce ai servizi sociali territoriali, in collaborazione con il servizio sanitario nazionale e i servizi specialistici vi è l'aiuto e il sostegno ai nuclei famigliari in difficoltà, come già descritto nel capitolo precedente con svariati riferimenti alla legge n.328/2000 nonché alla recente riforma del diritto di famiglia; sovente l'autorità giudiziaria richiede, agli operatori socio-sanitari di valutare la genitorialità, un compito molto delicato, da gestire con serietà e competenza, che ha come scopo prioritario di accertare l'esistenza di un comportamento dannoso o pregiudizievole da parte del genitore approfondendo la qualità della relazione genitori-figli per evidenziare la possibilità di un rischio evolutivo per il minore e proporre strategie risolutive.

Si tratta di una domanda alla quale gli operatori sono chiamati a rispondere in diverse occasioni, insita nelle indagini psico-sociali richieste dall'autorità giudiziaria, che attraversa tutta la fase di rilevazione ed analisi della situazione familiare e si concretizza nel momento dell'accertamento dello stato di pregiudizio per il minore e dell'eventuale segnalazione al tribunale.

Il metodo di lavoro del servizio sociale è costituito dal processo di aiuto, un procedimento codificato, formalizzato, trasmesso in modo sostanzialmente univoco in vari paesi da alcuni decenni. Mary Richmond, una delle prime teoriche di servizio sociale, già nel 1917 definiva la diagnosi sociale come

quel tentativo di fornire una descrizione il più possibile esatta e completa della personalità e della situazione specifica di un individuo che sperimenta un bisogno sociale in relazione agli altri soggetti con i quali ha una relazione di dipendenza.

La valutazione può essere definita come un processo continuo che accompagna tutto lo sviluppo dei percorsi di aiuto, assumendo nelle diverse fasi finalità differenti:

- In fase di accoglienza della richiesta, la valutazione è necessaria per decidere l'eventuale presa in carico del nucleo familiare;
- Quando sono stati raccolti gli elementi necessari, un'attenta valutazione è alla base della costruzione del progetto di intervento costruito in modo partecipato con la persona in difficoltà e la sua rete di sostegno;
- Durante l'implementazione degli interventi, la realizzazione del progetto e nella sua fase conclusiva, è fondamentale per comprendere se si stanno raggiungendo gli obiettivi prefissati o se è utile apportare modifiche al piano individuato (De Ambrogio *et al.* 2007).

All'interno del processo di aiuto, nello specifico, di valutazione della genitorialità si può parlare in due diverse occasioni:

- Quando si mettono a fuoco le prime aree critiche nella genitorialità, gli interventi proposti ai genitori si rivelano inefficaci e si tratta di decidere qual è il contesto più indicato di lavoro, ovvero se segnalare la situazione familiare all'autorità giudiziaria richiedendo provvedimenti a tutela dei minori;
- Quando si sono già identificate le aree critiche e i comportamenti genitoriali più dannosi, si sono messi in atto gli interventi di protezione e si tratta di definire i passi successivi.

Il compito degli operatori è rilevare il disagio del minore correlabile a non adeguati comportamenti genitoriali integrando gli elementi raccolti in ambito interdisciplinare, non tanto per stabilire la presunta veridicità o meno del dubbio sullo stato di tutela e benessere del minore, quanto piuttosto per:

- Garantire una cornice protettiva valutando le condizioni di eventuale rischio nel suo ambiente di vita
- Individuare e proporre un progetto d'intervento (Cheli *et al.* 2011).

I teorici della valutazione affermano che si valuti con due diverse finalità:

- Rendicontare, *accountability*;
- Apprendere, *learning*.

L'apprendimento ha lo scopo di migliorare ed è proprio questo l'obiettivo che risulta indispensabile perseguire quando gli operatori del servizio sociale si accingono a una valutazione, in un'ottica professionale in cui «la valutazione fonda il processo di aiuto e sostiene la scelta degli interventi da effettuare» (Bertotti 2012, 173) tenendo conto che la famiglia è un'istituzione sociale unica e infungibile (Bertocchi 2006).

Nelle situazioni meno gravi e croniche l'assistente sociale riesce a introdurre abbastanza facilmente il tema delle responsabilità genitoriali e del rispetto delle esigenze di tutela dei bambini, ridefinendo il contratto di collaborazione e di aiuto. Nelle situazioni più gravi, invece, i tentativi dell'assistente sociale d'introdurre temi relativi alle competenze genitoriali vengono vissute come un attacco alla relazione e come una critica, fruttando spesso o la negazione o l'interruzione dei rapporti con il servizio (Bertotti 1996).

Spesso gli operatori, soprattutto in situazioni difficili, sentono che il modo per lavorare con la famiglia, che dà maggiori sicurezze, è quello di lavorare in un contesto coatto, perché magari si pensa che per realizzare una serie di interventi servano necessariamente delle prescrizioni da parte dell'autorità giudiziaria, capaci di far aderire i genitori al progetto sotto forma di obbligatorietà prescritta da un giudice. In realtà l'ordinamento italiano in diversi articoli di legge individua come priorità gli interventi a favore di minori in situazione di pregiudizio, anche nei casi di maltrattamento e abuso, quindi chi lavora nei servizi, ancor prima di avere un investimento da parte dell'autorità giudiziaria a tutela di un preciso minore ha un investimento e una responsabilità che gli deriva direttamente dalla legge e che si riferisce ad un obbligo di vigilanza, protezione e sostegno nei confronti di tutti i minori presenti sul territorio di competenza. Questo comporta che tutti gli interventi che solitamente vengono richiesti agli operatori dei servizi socio-sanitari dall'autorità giudiziaria possono essere applicati anche in un contesto spontaneo, se c'è un consenso di attivazione del servizio da parte dei genitori, e quindi tutti gli strumenti di sostegno e valutazione delle capacità genitoriali possano essere utilizzati anche in un contesto non coatto.

I servizi sociali hanno un mandato di tutela e monitoraggio sulla condizione di benessere dei minori che gli deriva direttamente dalla legge. Si parla quindi di un mandato *ope legis*, che ha potere su una collettività a tutela dei diritti dei cittadini, e di un mandato *ope iudicis*, in cui il Servizio su mandato dell'autorità giudiziaria è incaricato di compiti specifici volti a superare lo stato di difficoltà di una determinata situazione familiare, e di un minore nello specifico.

Quando si opera nel contesto coatto si incontrano due grandi sistemi, che hanno codici e finalità diverse, e comportano dunque la realizzazione di attività molto diversificate. Da un lato abbiamo il sistema giudiziario, costituito dagli organi di magistratura minorile ed ordinaria, finalizzato a garantire il rispetto e l'applicazione delle norme attraverso la risoluzione di controversie, l'applicazione di sanzioni, l'imposizione di prescrizioni e l'assunzione di provvedimenti che comprimono i diritti soggettivi,

dall'altro troviamo l'apparato amministrativo, finalizzato alla rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona attraverso la realizzazione di attività di promozione del benessere, prevenzione, controllo sociale, rilevazione dei bisogni e dei problemi, programmazione e gestione dei servizi, progettazione degli interventi ed erogazione di prestazioni, realizzati attraverso organi quali il servizio sociale locale, l'azienda U.S.L, il consultorio familiare, la neuropsichiatria infantile, il Sert. e il D.S.M. Come si può ben intendere i principi regolatori di questi due sistemi, che si intersecano strettamente nella realizzazione di interventi di tutela minorile su mandato dell'autorità giudiziaria, appaiono tra loro antitetici: regole del giusto processo, contraddittorio, diritto alla difesa, parità del parti, ragionevole durata su una faccia della medaglia, consenso informato, segreto professionale, riservatezza dei dati sensibili ed imparzialità dall'altra.

Questi due organi devono collaborare e integrarsi con un obbiettivo comune che è quello indicato dalla convenzione ONU di New York del 1989 ovvero garantire il rispetto dei diritti dei bambini e delle bambine secondo i principi della protezione, promozione e partecipazione.

Non esiste un quadro di legge che definisca in modo preciso i compiti e i ruoli di organi retti da istanze così diverse tra loro nel momento della collaborazione, pertanto attualmente non vi sono riferimenti normativi a cui appellarsi e ispirarsi rispetto all'integrazione di questi due sistemi. Si tratta di una materia di grande attualità e molto in evoluzione, recentemente è stato elaborato un disegno di legge che propone l'istituzione di un tribunale della famiglia con un ruolo specifico attribuito all'avvocato del minore, tuttavia non si è ancora giunti a decisioni definitive in merito.

Ciò che appare dunque opportuno chiarire, in questo limbo senza confini definiti, è l'ambito di intervento e il ruolo dei servizi sociali, definendo nello specifico i poteri e le autonomie che tali enti sono chiamati ad esercitare, anche in relazione all'autorità giudiziaria. La funzione primaria del servizio sociale, secondo il mandato *ope legis*, è di aiuto e sostegno, perché quella di controllo è propria dell'autorità giudiziaria, che la esercita prioritariamente attraverso le forze dell'ordine. In situazioni coatte in cui il servizio sociale viene investito di poteri *ope iudicis*, spesso compaiono nei decreti richieste di monitoraggio, sostegno e controllo della situazione familiare. È proprio in tali contesti che il ruolo di sostegno, aiuto e controllo dei servizi sociali si fondono tra loro, in una intricata trama in cui è importante ricordare che tutte le richieste inoltrate ai servizi sociali dall'autorità giudiziaria sono da concepirsi come espressioni di un parere tecnico-professionale, chiamandoli dunque a rivestire all'interno del procedimento un ruolo *super partes*.

Quando i bambini si trovano a vivere in una realtà familiare in cui le loro esigenze di accudimento di crescita vengono costantemente gravemente negate, si rende necessario un intervento esterno affinché si interrompa il progressivo deterioramento non solo della loro esistenza ma anche la loro relazione con i genitori. L'intervento del tribunale per i minorenni ha il potere (e quindi il vantaggio) di introdurre importante chiarificazione del contesto delle relazioni: indica un ordine di priorità e disegna la cornice

entro cui si collocherà il successivo rapporto tra il servizio sociale la famiglia. In altre parole, mettendo in luce le condizioni di pericolo in cui si trovano i minori stabilisce, dando legittimità, che l'intervento della rete dei servizi e la relazione d'aiuto dovranno d'ora in poi essere volte a conseguire il ripristino del benessere dei bambini. Saranno quindi i bambini i principali beneficiari degli interventi e il supporto ai genitori sarà funzionale e subordinato all'interesse dei minori (Bertotti in Ghezzi *et al.* 1996).

Il servizio sociale si interfaccia prevalentemente, e per ragioni svariate, con l'autorità giudiziaria, e nello specifico con il tribunale per i minorenni, la procura della Repubblica presso il tribunale stesso e il tribunale ordinario, che spesso richiedono interventi quali indagini psico-sociali sulle condizioni di vita dei minori, diagnosi sociale e valutazione delle capacità genitoriali nell'ambito dei provvedimenti:

- Ex art 330-c.c. segg. Definiti articoli “*de potestate*” poiché regolano la soppressione e la decadenza della potestà genitoriale, intervengono qualora si evidenzino carenze rispetto alla genitorialità
- Ex 317 bis c.c., regola la separazione delle coppie di fatto e prevede l'intervento dei Servizi Sociali, in assenza di accordo tra le parti, per la definizione delle modalità di affidamento dei figli
- Ex 155 c.c. prevede lo scioglimento del matrimonio ed emana provvedimenti relativi alla prole, prevedendo l'intervento dei Servizi Sociali a tutela degli stessi nella definizione delle modalità di affidamento.

1. Valutazione: della genitorialità e della recuperabilità

Come già più volte ribadito, diverse sono le accezioni del termine “valutazione” e il suo utilizzo all'interno della bibliografia di riferimento di servizio sociale appare oltremodo variegato. Anche nel caso in cui lo stesso venga affiancato a parole che rimandano al concetto di genitorialità, pare opportuno richiamare qualche distinzione.

Parliamo di “valutazione della genitorialità” (o delle competenze genitoriali) ogni qualvolta l'operatore sociale è chiamato ad individuare punti di forza e debolezza della relazione genitori-figli individuando se le aree critiche rispetto alla genitorialità, risultano di pregiudizio per i minori, tenuto conto delle risorse di sostegno e aiuto della rete familiare e dei servizi socio-sanitari.

La “valutazione della recuperabilità genitoriale” è ben descritta dalla dott.ssa Gleijeses in una recente pubblicazione sulla rivista *MinoriGiustizia* del 2012 che la definisce come un intervento prioritario e centrale nei percorsi di tutela all'infanzia, il cui esito orienta spesso in maniera decisiva il destino delle famiglie, determinando processi di ricomposizione di legami disfunzionali o, al contrario, rendendo

indispensabili processi di separazione e di interruzione di relazioni familiari quando esse permangano distorte e fortemente danneggianti a fronte del percorso attivato.

Tale intervento, si pone come obiettivo finale la formulazione di una prognosi circa la possibilità di recupero di una genitorialità adeguata, configurandosi quale lavoro sia di approfondimento sulle competenze parentali presenti al momento della presa in carico (nella maggior parte dei casi, come è evidente, compromesse), sia poi di trattamento delle stesse al fine di sperimentarne le possibilità trasformative in itinere entro il percorso clinico. L'autrice evidenzia inoltre come in tale complessa accezione del lavoro si intreccino in modo molto confuso, ambiguo e ambivalente dimensioni diverse, se non addirittura contrastanti, che attengono al doppio registro della valutazione: da un lato, intesa come necessaria attività di psicodiagnostici della coppia genitoriale e di ognuno dei suoi membri, e della cura, dall'altro, intesa come attività volta a produrre trasformazioni e nello specifico orientata alla ricomposizione, ristrutturazione e riattivazione di una competenza parentale danneggiata, minata o addirittura compromessa.

La valutazione delle capacità genitoriali esplora le relazioni interne al nucleo familiare e descrive le variabili intercorrenti tra la sofferenza del bambino e i comportamenti genitoriali, l'obiettivo di fondo è verificare se esista una situazione di pregiudizio per il bambino originata dalle mancanti o lacunose cure dei genitori, pertanto possiamo definirne le seguenti caratteristiche:

- È focalizzata sul bambino;
- Deve essere basata su elementi visibili e riconoscibili (indicatori);
- Favorisce la possibilità di costruire un'alleanza con il genitore fondata sulla comprensione;
- Permette di rendere comprensibili, se non accettabili i provvedimenti di protezione;
- Può aiutare i genitori a non sentirsi inutilmente perseguitati e vittime di un pregiudizio;
- Fonda la valutazione della recuperabilità poiché costituisce la possibilità di vedere i miglioramenti, i passi fatti e quelli ancora da fare.

Alla valutazione di recuperabilità, è invece sottesa una differente domanda di fondo: quali sono le risorse e le possibilità perché i /il genitori tornino ad essere (o diventino) sufficientemente adeguati alle loro responsabilità? Dal punto di vista del genitore: quali possibilità risorse ci sono affinché io non metta più in campo i comportamenti dannosi o affinché questa situazione non si riproduca? Dal punto di vista del bambino: quali sono le possibilità e le risorse perché io possa tornare /stare con i miei genitori senza che si producano quelle situazioni negative?

Utile, al fine di meglio comprendere la distinzione tra questi due concetti, è il parere di Dante Ghezzi che facendo riferimento alle situazioni maltrattamento e abuso all'infanzia afferma: «la valutazione delle capacità genitoriali attuali (...) non è per nulla da dimostrare, è lì da vedere, nei comportamenti di

pregiudizio dei genitori rilevati dei servizi e formalizzati dal tribunale per i minorenni con il decreto che attesta gli eventi dannosi e la sofferenza dei figli; la valutazione negativa della genitorialità e quindi assodata in una serie di “fotografie” che testimoniano il degrado delle relazioni genitori-figli. Invece la valutazione di recuperabilità genitoriale è un processo di presa in carico complesso... per capire se i genitori possono cambiare e alla fine accettare di essere curati (...) Il centro del lavoro è riuscire a far connettere al genitore che danneggia i figli la propria sofferenza adulta e di bambino traumatizzato con quella che egli impartisce al figlio maltrattato Occorrerà non tanto convincerlo, ma toccarlo su corde sensibili. Egli potrà accedere al disagio del figlio se, guidato in un percorso di recupero per lui pensato, sarà condotto a rivedere la propria sofferenza e i propri traumi pregressi come base emozionale scatenante, che origina verso il figlio comportamenti inidonei e pericolosi» (Ghezzi 2012, 131).

Come è facile intuire due sono gli esiti possibili: una prognosi positiva, di recuperabilità possibile, che vede i genitori, o almeno uno di essi, pronti a guardare la sofferenza dei figli passando per le proprie esperienze di vita, riconoscendone il disagio anche come danno arrecato, o un secondo caso, in cui questi genitori non appaiono in grado di farlo, forse perché non accettano, o non sanno partire da, il proprio disagio; in questa situazione essi restano incapaci di modificarsi quindi non riescono a risalire la china che li ha portati a maltrattare o trascurare gravemente i figli; credibilmente potranno ancora costituire un pericolo per loro. In questo secondo caso si ha una prognosi di negativa.

Tre sono i traguardi che l'autore elenca come indicatori che permettono di pensare ad una prognosi positiva per il recupero della genitorialità: ammissione del danno compiuto, il sorgere di comportamenti buoni di accudimento e di cura, la connessione fra la sofferenza adulta debordante non controllata e la trascuratezza o i maltrattamenti inflitti. Dove è proprio questa connessione la molla che permette l'avvio di una svolta positiva (Ghezzi 2012).

Il CISMAI nel novembre 2008 riprendendo il *Consultation on Child Abuse and Prevention* dell'OMS del 1999 e il rapporto OMS del 2002 ha elaborato e diffuso delle linee-guida che mettono in luce le aree di indagine risultate più efficaci per la valutazione delle possibilità di recupero delle competenze genitoriali a partire dal mandato prescrittivo fornito dall'autorità giudiziaria, delineando quali indicatori predittivi di un positivo esito della valutazione di recuperabilità:

- Aderenza alle regole del *setting*;
- Riduzione dei meccanismi difensivi di negazione;
- Comprensione e partecipazione alla sofferenza del figlio;

- Capacità di comprensione danno arrecato al figlio attraverso la condivisione della rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli;
- Capacità di assumersi le responsabilità e attivare comportamenti riparativi in funzione del cambiamento;
- Capacità iniziale di condividere un progetto d'intervento riparativo.

La valutazione di recuperabilità, a differenza della valutazione della capacità genitoriali può quindi essere concepita come il cuore del processo di intervento, capace di dare avvio all'inizio di un vero e proprio lavoro terapeutico, un processo clinico che comincia in sede di valutazione e ha al proprio interno dimensioni di cambiamento, seppure iniziale.

Sovente la valutazione della genitorialità viene descritta come una fotografia della situazione familiare, in cui emergano punti di forza e debolezza del nucleo atti ad evidenziare la condizione dei minori e la possibilità di superamento delle difficoltà, la valutazione di recuperabilità si configura come qualcosa di diverso, una volta accertata una condizione di malessere e gravità per i minori ci si propone di realizzare un film, con regista ed attori che co-costruiscono un percorso che comporta l'intreccio, la sinergia tra la competenza del valutatore, il consenso dei genitori, che produce apertura mentale ed emozionale, riflessioni e consapevolezza. La prognosi sarà positiva se i genitori connettono le proprie sofferenze adulte con i cattivi trattamenti inferti al figlio, ammettono il maltrattamento e vedono il bambino sofferente, modificano gli atteggiamenti dannosi per adottare comportamenti positivi.

Per un compito così importante quale quello di curare una famiglia che maltratta o trascura i figli o li abusa e, prima ancora, di capire se saprà approfittare degli input psicologici e le si possono offrire, occorre lavorare bene. Non trascurando due inderogabili principi: competenza e lavoro di squadra.

Competenza significa in primo luogo distinguere tra il contesto spontaneo dove la domanda di cure è presente e quello coatto dove essa deve essere adeguata adeguatamente indotta, evitando di offrire a chi è indisponibile o non è pronto una proposta che può essere di valore ma che sarà certamente rifiutata...

Lavoro di squadra significa coordinare i vari punti di vista in vari punti di forza di professionisti e servizi: in questi casi non si parte mai da zero, ma da un pregresso spesso articolato è ricco di interventi precedenti, magari numerosi e onerosi ma finora poco efficaci. Tutti gli operatori che ruotano attorno al caso devono essere *équipe* impegnata, se si tratta finalmente di provare a vedere se questi "cattivi genitori" possono essere recuperati: troppo importante il compito per lavorare disuniti o con approssimazione (Ibidem).

Il "successo" del processo di valutazione è dovuto sia alla competenza professionale di ciascun attore che alla consapevolezza che ognuno gioca un ruolo parziale, in una dinamica più ampia (D'Ambrosio 2010).

2. Indagine sociale e valutazione

Alla sua nascita il servizio sociale si caratterizzava per l'applicazione di un paradigma di stampo medico in cui il disagio era letto come una patologia o disfunzione da eliminare secondo una cura, definita come processo di aiuto, le cui fasi erano tre: studio, diagnosi e trattamento. Successivamente, con il diffondersi di un modello di tipo olistico-processuale, la relazione tra operatore e utente diviene lo strumento attraverso cui la persona viene aiutata a definire i propri problemi, dandogli un senso e un significato condiviso, per individuare obiettivi, strategie e modalità operative per migliorare la situazione. In questo modello le fasi del processo di aiuto diventano quattro e non si parla più di diagnosi, ma di valutazione, e più recentemente di *assessment* (De Ambrogio *et al.* 2007).

Occorre dunque chiarire come indagine sociale e valutazione si intrecciano tra loro, quali le connessioni e le similarità, in cosa si differenziano e, ancora una volta, quale è il significato che ad ogni termine viene attribuito, considerato che spesso vengono utilizzati, erroneamente come sinonimi, confondendo tra loro diagnosi sociale e valutazione, valutazione delle competenze genitoriali e della recuperabilità, in un quadro in cui l'operatore meno esperto rischia di trovarsi spiazzato, di fronte a richieste poco chiare e talvolta contrastanti e le famiglie, che già attraversano un periodo di difficoltà, non trovano risposte nel mondo dei servizi, verso i quali alimentano paure e terrori.

Secondo la più importante manualistica di servizio sociale il processo di intervento può essere suddiviso in fasi, di cui indagine e valutazione costituiscono passaggi importanti, riprendendo la schematizzazione proposta da Ghezzi nel 1996 possiamo quindi affermare che l'indagine viene prima della valutazione e costituisca il fondamento della la diagnosi (entro cui si colloca la valutazione delle capacità genitoriali). Solo qualora sia accertato un pregiudizio ai danni del minore occorre proteggere il bambino togliendolo dalla situazione traumatizzante (dopo aver opportunamente segnalato la situazione all'autorità giudiziaria se non ancora coinvolta) e valutare la recuperabilità della famiglia.

Riprendendo la metafora cinematografica utilizzata in precedenza possiamo dire che se non abbiamo una buona fotografia, un fotogramma chiaro e nitido, si è impossibilitati a vedere il film, così nell'incontro tra il sistema dei servizi e l'autorità giudiziaria se non si sono svolte con chiarezza le fasi di indagine e diagnosi sociale sarà difficile ottenere provvedimenti chiari e coinvolgere le famiglie nel recupero delle loro funzioni.

Il processo di intervento viene riassunto suddiviso nelle seguenti fasi da Ghezzi (2012):

1. Rilevazione. I servizi locali (scuole, ospedali, servizi sociosanitari, polizia, eccetera) rilevano una sospetta certa situazione di danno minore di origine intra familiari. Hanno la possibilità di allontanare subito il minore dalla famiglia, in via provvisoria e urgente (art 403 del codice civile) se rilevano un grave pericolo in atto o altro rischio; in questo caso rilevazione, segnalazione allontanamento vengono di fatto temporaneamente a coincidere.
2. Coinvolgimento della famiglia. I servizi contattano la famiglia, provando coinvolgere il genitore nel riconoscimento del pregiudizio recato al figlio e dei problemi familiari che l'hanno provocato. Da questo momento i genitori sono informati della necessità di riferire la situazione alla magistratura. Se il minore non è stato allontanato, il coinvolgimento della famiglia viene evitato in assoluto in caso di sospetto o certo abuso sessuale e ogni qualvolta si ritenga che il minore possa essere ricattato dalla famiglia per ciò che è emerso.
3. Segnalazione. I servizi hanno rilevato un danno per il minore, dopo una prima valutazione congiunta della gravità della situazione, segnalano il caso la magistratura minorile e ove necessaria la magistratura penale.
4. Indagine. La magistratura minorile incarichi servizi locali ed eventualmente la polizia di effettuare un'indagine sul caso in tutti i suoi aspetti sociali, medici e sui possibili effetti psicologici. In caso di accertato pericolo o alto rischio dispone, attraverso apposito decreto, un allontanamento provvisorio del minore dalla famiglia, facendolo collocare presso una comunità di pronto intervento. Da questo momento in poi i servizi territoriali sono investiti del mandato di controllo sull'intero processo di intervento.
5. Valutazione. La magistratura minorile prescrive una diagnosi delle relazioni familiari sulle cause del danno minore sulle possibilità di recupero della famiglia. Un servizio specializzato assume tale compito in stretto collegamento con i servizi del territorio che sono: deputati al controllo sulla famiglia. Da qui: prognosi positiva della famiglia, i genitori mostrano possibilità di recupero della loro relazione con i figli oppure prognosi negativa della famiglia la relazione genitori-figli è valutata irrecuperabile. Nel primo caso il trattamento della relazione genitori figli viene sostenuta in vista del rientro del minore in famiglia. Nel secondo caso si accompagna il distacco. Nel primo caso le risorse di genitori vengono attivate perché si consolidino con iniziative quali: terapia familiare o di coppia, terapia individuale, sostegno assistenziale, affidamento familiare. Nel secondo caso si attivano risorse alternative per il minore quali terapia individuale, situazioni sostitutive relazione ai bisogni oggettivi psicologici del minore (adozione, affidi di adolescenti fino alla maggiore età).
6. Catamnesi.

Tenuto conto quindi dello sviluppo in fasi dell'intervento come appena descritto possiamo affermare che l'indagine raccoglie informazioni circa la situazione familiare ed è volta all'accertamento del danno, a livello medico, sociale e psicologico nei confronti del minore. La diagnosi sociale riassume la storia individuale dei diversi membri e riferisce rispetto alle loro relazioni, con un approfondimento sulle competenze genitoriali finalizzato a definire e circoscrivere la sofferenza del minore collegandola all'inadeguatezza dei genitori. La valutazione di recuperabilità consiste invece in uno *step* successivo, si tratta di una diagnosi dinamica che consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico.

Diverse sono, quindi, le finalità dei due processi professionali.

L'indagine raccoglie elementi riguardanti le condizioni ambientali, familiari, sociali, relazionali di un minore allo scopo di elaborare una diagnosi sociale riguardante:

- Livello di rischio/pregiudizio;
- Rapporto tra rischio/pregiudizio e genitorialità;
- Atteggiamento del genitore verso la propria responsabilità;

La valutazione della recuperabilità, quale *step* conclusivo del processo di intervento, è volto a:

- Accrescere la responsabilizzazione (riconoscimento del danno);
- Connessione fra disagio/sofferenza dei figli e problemi (gioco familiare);
- Crescita del desiderio di capire, speranza di cambiamento, rompere il circuito del gioco disfunzionale violento;
- Comparsa di comportamenti adeguati della funzione genitoriale.

Come è facile immaginare diverse sono anche le tempistiche con cui i due processi si dipanano e vengono gestiti dagli operatori sociali. Se per una indagine sociale possono essere sufficienti, in condizioni di normalità, in cui all'operatore è consentito di lavorare con serenità e senza sovraccarichi, circa tre mesi, mentre per una valutazione della recuperabilità, tenuto conto della necessità di coinvolgere una molteplicità di attori e di rispettare, in primis i tempi di rielaborazione dei genitori, possono occorrere dai sei ai nove mesi.

La metodologia con cui viene solitamente svolta l'indagine prevede:

- Analisi del campo d'indagine;
- Prima raccolta di informazioni: cartelle di servizio, anagrafe ecc.;

- Convocazione della famiglia per la lettura del mandato e descrizione delle modalità d'indagine.
In questa fase gioca un ruolo importante l'ingaggio del nucleo e la possibilità di creare una relazione tra i vari componenti e l'operatore, risulta fondamentale spiegare chiaramente le modalità di indagine sociale, le finalità, gli scopi e le potenzialità, per sottolineare da un lato la necessità di riferire all'autorità giudiziaria, dall'altro la possibilità per il nucleo di far emergere punti di forza e debolezza della famiglia ed eventualmente richiedere aiuto e sostegno, nonché attivarsi in prima persona, per la risoluzione delle problematiche emerse. Come è facilmente intuibile il termine indagine rimanda, nell'immaginario comune, ad azioni più vicine alla polizia o al celebre Sherlock Holmes e pertanto spendere un po' di tempo, nel corso del primo colloquio, potrebbe risultare utile a chiarificare il contesto ed il ruolo professionale, nonché a liberare il campo da paure originate più dall'immaginario collettivo che dalla realtà. Considerato che la prima fonte da cui l'assistente sociale può trarre informazioni sono le persone stesse sottoposte ad indagine, occorre prestare particolare attenzione al momento dell'ingaggio, ricordando che le migliori informazioni sono quelle veritiere, fondate sull'evidenza, che possono scaturire solo se i vari componenti del nucleo sono coinvolti. È importante far leva sulla possibilità di far emergere il punto di vista dei vari componenti della famiglia, creando una alleanza temporanea finalizzata alla buona realizzazione dell'indagine, finalizzata alla stesura di una relazione all'autorità giudiziaria, rispetto alla quale è bene rendere consci sia i genitori che i bambini.
Diversi sono gli orientamenti rispetto al coinvolgimento dei minori nell'iter di indagine sociale, alcuni autori sostengono che il bambino vada coinvolto sin dal primo colloquio, altri invece propongono una maggiore gradualità e prediligono l'incontro in ambito familiare, meglio se al domicilio, soprattutto per i più piccoli. Se negli anni si sono sviluppati una molteplicità di approcci al minore, con annesse raccomandazioni sulle modalità e le tempistiche in relazione all'età e alla problematica prevalente, ormai da tempo la letteratura nazionale ed internazionale appare concorde sull'assoluta necessità, lasciando al professionista la scelta rispetto alle modalità e ai tempi, di coinvolgere il minore attivamente, tenendo conto delle sue capacità e preservando sempre il suo benessere, nelle procedure che riguardano il nucleo familiare;
- Esecuzione dell'indagine vera e propria che prevede:
 - raccolta e analisi delle informazioni sia attraverso colloqui con i vari componenti del nucleo familiare sia attraverso il contatto di altri professionisti (scuola, servizi sanitari, forze dell'ordine...)
 - analisi delle risorse famigliari, sociali e della rete dei servizi (può prevedere un iter di valutazione delle capacità genitoriali)
 - diagnosi
 - stesura della relazione, restituzione dei contenuti alla famiglia e invio all'autorità giudiziaria.

Qualora l'indagine faccia emergere una condizione di pregiudizio per i minori, occorre rivolgersi all'autorità giudiziaria, evidenziando in modo esplicito il grado di consapevolezza dei genitori rispetto alla situazione e alle loro responsabilità nonché la disponibilità alla collaborazione per la risoluzione delle problematiche, richiedendo gli opportuni provvedimenti. In casi di gravità, vi è inoltre la possibilità, per il servizio sociale, di mettere in sicurezza il minore, in via provvisoria ed urgente, ma in ogni caso occorre ricordare che il contesto coatto non è attivato perché quello spontaneo non da esiti, bensì per tutelare in primis il benessere del minore che altrimenti verrebbe meno. La segnalazione all'autorità giudiziaria è un movimento preclinico crea le condizioni per attivare la valutazione della recuperabilità dei genitori garantendo la serenità e il benessere del minore.

Il processo di valutazione di recuperabilità delle funzioni genitoriali è introdotto da un decreto dell'autorità giudiziaria che contiene l'attribuzione di responsabilità ai genitori per le situazioni di pregiudizio sui figli (a volte cita in dettaglio specifici eventi) e definisce gli interventi che i servizi devono attivare per garantire la protezione dei minori.

Si tratta di uno spazio di riflessione e di pensiero, protetto dalla spinta all'agire caratteristica delle prime fasi dell'allontanamento del minore dalla propria famiglia d'origine, in cui ci si concede la possibilità di elaborare gli eventi, e capire quale spazio c'è per restituire ai bambini dei genitori sufficientemente tutelanti (Bertotti 2012).

Le caratteristiche salienti di questo processo sono dunque:

- Contesto coatto;
- Necessità di trasparenza;
- Ruoli e funzioni definite;
- Tempi credibili e contenuti;
- Relazione finale che sarà letta ai genitori e inviata all'autorità giudiziaria.

Una riflessione sullo stato dell'arte secondo quanto delineato, in cui è necessaria una certa forza di volontà e preparazione per orientarsi tra la molteplicità degli approcci, l'utilizzo alternativo e spesso distorto dei termini, in un quadro normativo talvolta lacunoso, lascia emergere alcune criticità ulteriori, che l'assistente sociale probabilmente si troverà a fronteggiare:

- Globalità, complessità in prospettiva ecologica;
- Unicità e irripetibilità, non abbiamo soluzioni *standard*, le derive sono uniche;
- Pluralità, gli attori coinvolti sono molti, può essere un arricchimento ma anche una fatica perché i linguaggi non sempre sono gli stessi;
- Imprevedibilità, tempi dei servizi molto lenti rispetto alla rapidità dei tempi delle persone;
- Implicazioni emotive, lavoro molto esposto.

Al tempo stesso emergono anche alcuni vantaggi, derivati dalla consapevolezza rispetto alle varie fasi del processo di intervento, tra indagine, valutazione delle cure genitoriali e valutazione della recuperabilità:

- I tempi diventano definiti, e con buona probabilità più brevi. In alcuni mesi viene proposta una chiave di cambiamento e soluzione, che andrà sviluppata nel trattamento psicoterapico e in altri interventi del progetto di aiuto e sostegno concordato, oppure si arriva alla presa d'atto dell'inutilità provata degli sforzi per indurre il cambiamento e dell'incapacità dei genitori a farsi carico del proprio ruolo e delle responsabilità;
- Si cerca, in modo proattivo, di superare le numerose attività assistenziali, educative ed economiche di supporto a famiglie che «non sanno o non vogliono o non possono cambiare» (Ghezzi 2012, 135);
- Si possono utilizzare le modeste risorse di cui i servizi sociali e sanitari oggi dispongono per intraprendere terapie credibili come *input* al cambiamento e produttive di benessere per le famiglie e per i bambini, scegliendo invece altre provvidenze per le situazioni che non sono evolute (Ghezzi 2012).

3. I diversi approcci alla valutazione

Per la stesura di questo paragrafo è stato indispensabile fare riferimento al contributo della dottoressa Chiara Ionio contenuto nel volume a cura di Paola Di Blasio edito nel 2005, avente come oggetto prioritario la valutazione delle competenze genitoriali. Si è poi proceduto allo studio della principale bibliografia di riferimento, a partire dal manuale curato da De Ambrogio, Bertotti e Merlini che focalizza i nodi del rapporto tra l'assistente sociale e la valutazione, affiancato anche da lavori di riflessione in campo internazionale, per finire con un approfondimento condotto attraverso l'analisi dei testi di alcuni autori di riferimento, al fine di far emergere, non solo i vari orientamenti teorici che hanno guidato negli anni gli aspetti valutativi del lavoro sociale, ma anche i differenti approcci alla valutazione stessa e le loro connessioni con le pratiche operative.

Gli studi sullo sviluppo infantile attribuiscono un ruolo sempre maggiore ai genitori e alle modalità con cui essi si prendono cura della prole e interagiscono con i figli. Le numerose ricerche in questo campo hanno cercato di fornire una definizione unitaria del concetto di *parenting*, arrivando recentemente a concepirlo come la capacità di un genitore di soddisfare i bisogni fondamentali del proprio figlio, da un punto di vista sia fisico (alimentazione, pulizia, salute) sia psicologico (sicurezza, autonomia, indipendenza). Il *parenting* viene dunque concettualizzato come un insieme di comportamenti genitoriali specifici che operano da soli o in sincronia nella definizione dei comportamenti infantili (Ionio 2005).

Una delle definizioni più conosciute di *parenting* è quella di Marc H. Bornstein che nel suo manuale sul tema lo definisce come la capacità di prendersi cura del figlio: esso investe non solo l'ambito fisico, i bisogni corporei, ma anche le necessità affettive, di relazione e di socializzazione. Tale competenza si articola per l'autore, in quattro livelli: il *nurturant caregiving*, accoglimento e comprensione delle esigenze fisiche dal bambino, il *material caregiving*, che riguarda le modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del bambino, il *social caregiving*, ovvero tutti i comportamenti attuati dai genitori per coinvolgere il bambino in scambi interpersonali e il *didactic caregiving* costituito da tutte le strategie utilizzate dai genitori per stimolare il figlio alla comprensione dell'ambiente.

Numerosi autori si sono interessati alla descrizione e della definizione dei diversi stili educativi genitoriali. In particolare l'attenzione dei primi studi era diretto ad individuare una sorta di stile ideale, la tipologia del "buon genitore", in grado di favorire uno sviluppo sano, adeguato alle competenze infantili. La classificazione degli stili educativi più conosciuta e utilizzata è quella proposta da Diana Baumrind la quale nel corso dei suoi studi sperimentali ha individuato quattro dimensioni del comportamento genitoriale: il controllo sull'attività dei figli, la sollecitudine di nei loro confronti, la chiarezza comunicativa e la richiesta di comportamenti adulti. La descrizione di tali *pattern* comportamentali è ormai consolidata e nota dal momento che l'autrice ha saputo individuare in maniera precisa una relazione tra atteggiamenti genitoriali e comportamento dei bambini, indicando tre stili genitoriali: autoritario, permissivo e autorevole.

Esistono diverse classificazioni di *parenting*, ognuna delle quali tenta di delineare un continuo che oscilla tra modalità d'allevamento idonee e modalità non idonee. A partire da queste classificazioni sono state formulate alcune indicazioni che permettono di effettuare una valutazione delle modalità di cura messa in atto dei genitori e dunque ne derivano diversi approcci alla valutazione e svariate classificazioni dei diversi metodi, a partire dalle teorie di riferimento piuttosto che dalla tipologia di strumenti valutativi utilizzati.

Merlini, Bertotti e Filippini (2007) nel manuale sulla valutazione in cui evidenziano il ruolo di questa pratica nel lavoro dell'assistente sociale operano due distinzioni in macro categorie.

La prima comprende due tipologie:

- Di tipo direttivo "centrato su esperti", cioè basato esclusivamente sul punto di vista professionale che può anche divergere da quello delle persone direttamente coinvolte nella situazione;
- Relazionale, in cui la definizione del problema tiene conto dell'opinione dei diretti interessati.

La seconda distinzione è basata sulle finalità prevalenti dell'*assessment* che ne orientano il contenuto:

- Accertamento;
- Valutazione del rischio;

- Valutazione del bisogno;
- Controllo di accesso alle prestazioni;
- Multi-professionale;
- Valutazione delle capacità nell'ottica di rete.

In tutti i casi è necessario scegliere una mappa teorica che orienti i pensieri degli operatori.

A partire dalla disamina della principale bibliografia di riferimento ho scelto di suddividere i diversi approcci alla valutazione in 7 macro-categorie:

- Modello ecologico
- Modello clinico-funzionale
- Modello dell'osservazione naturalistica
- Modello fondato su strumenti strutturati
- Modello dei protocolli di indagine
- Modello *process oriented* basato su fattori di rischio e protettivi nonché sui concetti di vulnerabilità e resilienza
- Modello di *parenting support*

3.1 Modello Ecologico

Questo modello trae origine dalla corrente di pensiero iniziata da Bateson che riconosce una relazione di complementarità tra il soggetto umano e l'ambiente, dunque ogni persona si trova al centro di una moltitudine di relazioni che la influenzano.

3.1.1 *Modello ecologico dello sviluppo di Bronfenbrenner*

Gli studi che si focalizzano sullo sviluppo del bambino riconoscono che l'analisi debba tener conto di sistemi di interazione composti da più persone, sottolineando che la stessa non vada limitata ad un unico contesto ma debba tener conto di aspetti ambientali che trascendono la situazione immediata di cui soggetto fa parte. Tali sistemi di interazione, che compongono la totalità dell'ambiente ecologico di cui fa parte il bambino, si riconoscono nelle strutture denominate microsistema, mesosistema, esosistema e macrosistema. Il microsistema è composto da tutte le relazioni che influiscono in modo diretto sull'individuo e in maniera indiretta sui suoi *caregiver*, il mesosistema comprende le inter-relazioni tra le varie situazioni ambientali alle quali l'individuo in via di sviluppo partecipa attivamente. Gli altri due sistemi non vedono la partecipazione attiva della persona che cresce, ma hanno un'influenza indiretta su di lei. L'esosistema è costituito dalle strutture ambientali di cui l'individuo non può far parte, ma che tramite una sequenza di tipo causale influenzano prima il microsistema e poi il processo evolutivo del bambino, infine il macrosistema è costituito dalla cultura che produce i sistemi. Esso mette in movimento tutti i sistemi che lo compongono fino al livello della persona singola (Serbati, Milani 2013). L'autore ha più volte rivisto ed aggiornato il modello, aggiungendo ai quattro sistemi già delineati il biosistema, cioè le strutture biologiche della singola persona e il cronosistema, ovvero la dimensione temporale.

L'approccio ecologico dello sviluppo umano considera il soggetto nella sua intrinseca relazionalità, quindi al centro di una gran quantità di relazioni, la cui qualità ne determina l'influenza in maniera diretta o indiretta. Risulta quindi importante che gli interventi psico, socio-educativi sappiano sia tenere conto di tale complessità di relazioni sia assumere una prospettiva relazionale.

Il modello può svolgere funzioni di quadro unificante per l'azione, da cui poter estrarre conseguentemente alcuni "criteri per la prassi" identificati da Serbati e Milani (ivi) secondo quanto segue:

- Richiede all'operatore di progettare interventi che tengano il *focus* sulla relazione genitore-figlio, non solo sul singolo bambino;
- Richiede all'operatore di affiancarsi al genitore in un percorso di co-educazione, secondo la quale si suppone che ciascuno possa prendere dalla ricchezza dell'altro;
- Richiede integrazione delle professionalità. Accresce incrementa le potenzialità della Co. educazione attraverso la creazione di nuove relazioni di mezzo sistema che favoriscono la crescita della fiducia reciproca;
- Richiede una progettualità che valorizzi la domiciliarità come apertura al territorio.

Fig. 2.1 la prospettiva ecologica dello sviluppo umano di Bronfenbrenner



Fonte:

www.provincia.milano.it/export/sites/default/affari_sociali/Allegati/IUS_Narrare_l'affido_sul_filo_della_resilienza_M._Ius_Milano_23.10.2012.pdf (ultimo accesso il 01/02/2015)

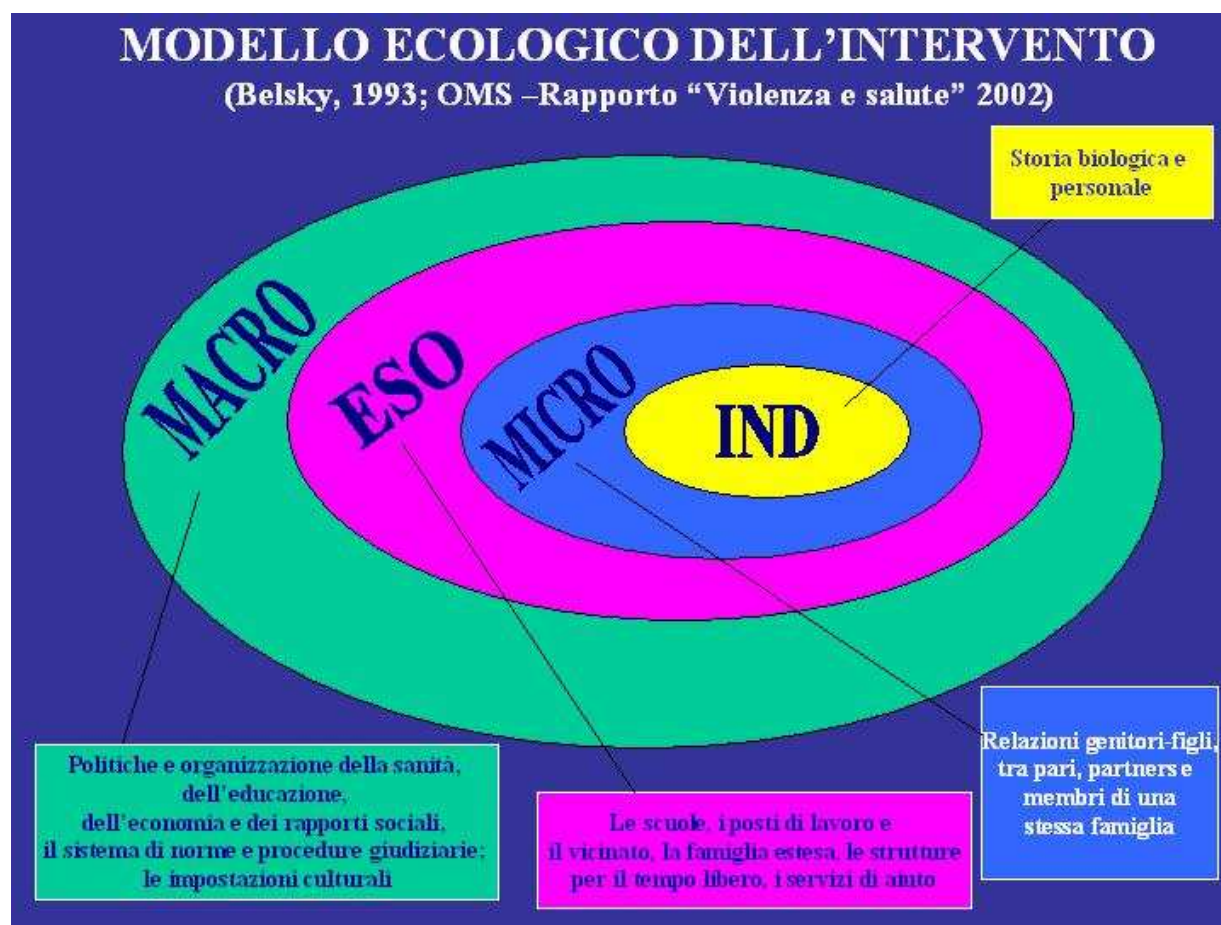
3.1.2 Modello Ecologico dell'intervento di Belsky

Il Rapporto su "Violenza e salute" dell'OMS, nel caso specifico della violenza sui minori, orienta all'adozione di un modello di intervento, mirato alla riparazione dei danni ma ugualmente efficace per organizzare la valutazione degli stessi, ispirato al "modello ecologico" di Bronfenbrenner (1979), ripreso più recentemente da Belsky (1993).

Questo approccio considera quattro aree concentriche, che interagiscono tra loro nel creare le esperienze traumatiche del soggetto, pertanto la loro analisi consente di fondare la rilevazione del danno e l'intervento su tali elementi, che fungono da cornice di riferimento per l'operatore:

- Livello ontogenetico o dei fattori individuali;
- Livello del microsistema o dei fattori familiari;
- Livello dell'esosistema o dei fattori sociali, economici, relativi alla comunità di appartenenza;
- Livello del macrosistema o delle determinanti istituzionali e culturali.

Fig. 2.2 Modello ecologico dell'intervento



Fonte: www.centrotiama.it/home/areprof/approfclini.html (ultimo accesso il 01/02/2015)

Spesso tale approccio viene arricchito, in diverse pratiche operative (tra cui l'esperienza del centro TIAMA di Milano) con l'apporto della teoria multimodale, in modo da poter utilizzare, a favore dei soggetti, tutte le tecniche che favoriscano lo sviluppo e la promozione del benessere.

Oltre all'utilizzo di sedute individuali, diadiche, familiari, di gruppo, alternate secondo precisi progetti o anche adottate in parallelo il centro milanese ha anche adottato l'utilizzo di varie azioni mirate alla promozione di una esperienza riparativa non soltanto nell'ambito delle relazioni primarie (famiglia di origine, famiglia sostitutiva, affidataria o adottiva) ma anche all'interno delle comunità e dei rapporti sociali quotidiani (ad esempio la scuola).

3.2 Modello clinico-funzionale

Riprendendo la teoria dell'attaccamento di Bowlby gli autori classificati entro questo modello sostengono che ogni essere umano ha una capacità biologica innata di esercitare il ruolo genitoriale e i bambini sono in grado di innescarla, ma la forma specifica che le modalità di *parenting* assumeranno dipendono dalle

esperienze passate. Secondo tale principio l'evoluzione della dinamica di attaccamento ha un rilievo di primo piano nello sviluppo infantile: la garanzia di una base emotiva sicura facilita lo sviluppo dell'autostima, della capacità di funzionare in modo autonomo e di provare empatia per le altre persone. L'interferenza con i normali processi di attaccamento, per contro, può lasciare irrisolti dei conflitti che possono trascinarsi nella vita e nelle relazioni adulte, compresa quella con i propri figli.

Sotto la cornice teorica di questo modello sono riuniti autori capaci di dare una innovativa lettura, di tipo relazionale della "relazione di cura" come tale e non come singole componenti (i genitori o i figli ad esempio) separatamente.

L'insuccesso delle cure genitoriali può dunque essere letto facilmente anche in chiave relazionale: il maltrattamento sui minori, così come gravi carenze nelle cure genitoriali, non sarebbe quindi dovuto ad una singola "causa", ma è il risultato di un'interazione di fattori a cui partecipano:

- *Carer* predisposti, intrappolati in modelli relazionali conflittuali;
- Bambini vulnerabili;
- *Stressor* esterni.

I genitori, o gli altri *carer* primari, portano con sé, nella vita adulta, dei residui irrisolti di esperienze negative della propria infanzia, che possono intromettersi nella relazione con il **partner** e con i figli e possono essere esacerbati dallo *stress* psico-sociale. Alcuni bambini innescano questi conflitti emotivi residui o possono essere il bersaglio su cui si sfoga la frustrazione del genitore innescata da uno *stress* acuto di origine esterna.

In questo modo tale modello riesce nel doppio proposito di tenere in primo piano gli interessi del bambino e, nel contempo, valorizzare le potenzialità di miglioramento e i diritti dei genitori nel ruolo di *carer*.

3.2.1 *Reder e Lucey*

Partendo da una sintesi di alcuni lavori precedenti sulla valutazione delle competenze genitoriali, gli autori, nel loro manuale del 1995 (tradotto in italiano nel 1997) dopo aver effettuato una disamina dei contesti professionali, sociali ed etici all'interno dei quali avviene la valutazione delle cure genitoriali, fornendo una cornice di riferimento per orientare gli esperti impegnati in questo genere di lavoro, propongono di indagare alcune aree specifiche, indicando gli indicatori per ognuna delle stesse.

Vengono evidenziate le varie componenti della valutazione delle cure genitoriali:

- Tecniche per la valutazione dei modelli di interazione familiare disfunzionali;
- Esame del significato psicologico che il bambino assume per il genitore;
- Effetti delle cure ricevute sullo sviluppo dei bambini;
- Chiave di lettura per valutare il problema dell'abuso psicologico;

- Valutazione della capacità dei genitori non abusanti di proteggere da danni ulteriori i propri bambini abusati sessualmente;
- Fattori che indicano se i genitori sono in grado di trarre beneficio da un aiuto psicoterapeutico
- Panoramica degli strumenti disponibili per la misurazione delle cure genitoriali;
- Vantaggi per il processo di valutazione, dell'essere documentati sulle problematiche connesse alla diversità razziale e culturale.

Per ogni *item* vengono poi approfondite le diverse aree da esplorare:

- Adattamento del genitore al proprio ruolo
 - capacità di fornire cure fisiche ed emotive adeguate,
 - atteggiamento verso la dinamica di attaccamento,
 - accettazione dei compiti e delle responsabilità,
 - aspettativa che i figli si sentano responsabili della propria protezione,
 - grado di riconoscimento dei problemi (nel caso vi siano).
- Tipo di relazione instaurata con il bambino
 - emozioni provate nei suoi confronti,
 - presenza di sentimenti empatici,
 - capacità di considerare i figli come persone separate e distinte,
 - tenere in maggior considerazione le necessità del figlio rispetto ai propri desideri.
- Influenze della famiglia
 - consapevolezza delle esperienze d'accudimento ricevute nella propria infanzia,
 - capacità di mantenere una relazione di sostegno reciproco tra i partner,
 - coinvolgimento dei figli nelle liti genitoriali
 - livello di sensibilità della famiglia rispetto allo stress relazionale,
 - significato del bambino per i genitori,
 - contributo del bambino alla relazione di cura e accudimento,
 - atteggiamento del bambino verso le figure che si prendono cura di lui.
- Interazioni con la comunità
 - presenza di reti sociali,
 - tipo di relazione esistente con i servizi sociali, educativi e sanitari .
- Potenzialità di cambiamento
 - consapevolezza dell'esistenza di un problema,
 - capacità di affrontarlo e superarlo,
 - probabilità che un intervento terapeutico possa essere utile,
 - tentativi di aiuto precedenti, esiti e reazioni delle persone coinvolte.

Il manuale prevede inoltre una parte dedicata alle cure genitoriali in circostanze specifiche: problematiche relative a genitori affetti da problemi psichiatrici o che abusano di alcool e droghe, genitori con ritardo mentale, bambini allevati da genitori omosessuali, famiglie in cui un genitore ha ucciso l'altro, sistemazione dei bambini presso *carer* sostitutivi e fattori da tenere presenti quando si debba consigliare o meno un eventuale contatto fra i genitori e figli una volta che siano stati separati.

3.2.2 Browne

Collaboratore di Reder e Lucey, ha dato un contributo importante al loro manuale del 1995, effettuando una rassegna dei fattori che potrebbero guidare la predizione del maltrattamento familiare.

Individua, tra le aree da indagare nell'approfondimento delle capacità genitoriali, le conoscenze degli atteggiamenti che il genitore ha verso il proprio figlio, sulle modalità più adeguate di prendersene cura, il modo in cui il genitore vede e considera alcuni comportamenti e atteggiamenti del bambino, la capacità di gestione dello *stress*, le modalità di interazione genitore-figlio e il tipo di legame di attaccamento presente nel bambino.

La parte conclusiva del manuale, scritta a più mani dai diversi autori, fornisce utili indicazioni su come le valutazioni possano essere integrate in giudizi equilibrati, presenta uno schema per la stesura della relazione per il tribunale ed effettua un focus sulle abilità necessarie per testimoniare ai processi in funzione di periti.

3.2.3 Azar, Lauretti e Loding

Partendo da un modello di *parenting* di stampo cognitivo-comportamentista, suggeriscono di analizzare cinque aree funzionali, discriminando per ogni area gli elementi da analizzare:

- Capacità del genitore di assolvere al proprio ruolo
 - tipo di strategie utilizzate nella risoluzione dei problemi,
 - capacità di rispondere ai bisogni fisici, medici e psicologici del bambino,
 - capacità di fornire protezione e calore.
- Competenze cognitivo-relazionali
 - capacità di assumere il punto di vista del bambino,
 - presenza di aspettative adeguate,
 - senso d'autoefficacia.
- Capacità di autocontrollo
 - capacità di controllare gli impulsi,
 - capacità di automonitorarsi.

- Capacità di gestione dello *stress*
 - strategie di *coping*,
 - capacità di mantenere una rete sociale,
 - capacità di rilassarsi.
- Competenze sociali
 - modalità empatiche,
 - espressione e riconoscimento delle emozioni altrui,
 - iniziative sociali.

3.3.4 Budd

Nel 2001, concettualizza il *parenting* in termini di concordanza tra il funzionamento genitoriale e i bisogni del bambino, proponendo un modello di valutazione basato su tre aree: la modalità di *parenting*, che si concretizza nel tipo di funzionamento genitoriale e nella qualità della relazione genitore-bambino; le competenze funzionali utilizzate dal genitore nel modo di fornire quotidianamente cura supporto; il minimo necessario a garantire la sicurezza del bambino. Quest'ultima area è però considerata dalla stessa autrice come problematica, poiché che non si è ancora giunti alla definizione di *standard* universali minimi delle funzioni genitoriali. Numerose ricerche hanno, infatti, sottolineato la presenza di differenze sostanziali nelle credenze nelle pratiche genitoriali connesse con lo *status* socioeconomico, l'etnia e la religione. Questi fattori non esercitano effetti diretti sulle modalità di *parenting* rendendole “buone” o “cattive”, poiché l'appartenenza a specifici gruppi culturali porta all'utilizzo di credenze, valori e comportamenti differenti. Per questo motivo è importante cercare di comprendere quegli atteggiamenti, quei valori e quelle pratiche d'allevamento che un determinato gruppo culturale considera importanti, senza però ricorrere a iper-generalizzazioni che facciano perdere di vista i bisogni, la storia e le circostanze in cui si trova uno specifico nucleo familiare.

3.3 Modello fondato sulle osservazioni naturalistiche

Introdotta dal gruppo di Losanna e adattata da Malagoli, Togliatti e Mazzoni si pone l'obiettivo di integrare l'interesse per il livello comportamentale con quello per il livello delle rappresentazioni, nel tentativo di osservare studiare le relazioni familiari.

La procedura di osservazione diretta consiste in una metodologia per la valutazione dell'interazione familiare, centrata sul compito strutturato. Tale strumento si propone di studiare il processo di triangolo familiare, valutando le modalità attraverso le quali vengono descritte quattro fasi di gioco. Alla famiglia, formata da madre padre e figlio (di età compresa tra i 2 e i 17 anni) viene proposto un gioco strutturato composto di quattro parti, seguendo due differenti consegne. L'obiettivo è quello di giocare tutti insieme

come una squadra, condividendo il piacere del divertimento; in particolare i genitori si chiede di cooperare e coordinarsi per aiutare il bambino per portare avanti il compito condiviso e al bambino si chiede di giocare lasciandosi guidare dai genitori. Il gioco familiare è suddiviso in quattro parti, o configurazioni, legate tra loro da transizioni, attraverso le quali la famiglia delinea il passaggio tra le varie parti. Il gioco familiare, così come strutturato, consente di valutare la qualità della coordinazione triangolare mostrata dai membri durante l'interazione triadica; in particolare «l'osservazione delle quattro parti del gioco permette di tenere conto della complessità propria dello scambio interattivo triadico, tenendo presente l'alternanza di ruoli e l'interazione diretta a tre attraverso l'applicazione del sistema di codifica, utilizzando le due letture (funzionale clinica e strutturale) di cui si avvale, è possibile individuare l'alleanza familiare, vale a dire lo schema familiare tipico di ogni triangolo primario che regola i rapporti tra le due su unità di cui è composta la triade padre madre bambino» (Malagoli *et al.* 2006, 59).

L'osservazione riguarda la funzionalità dell'interazione su quattro livelli: di partecipazione, organizzativo, dell'attenzione focale e il contatto affettivo. I dati osservativi sono videoregistrati e possono essere poi riportati mediante sistemi di codifica o descrizioni narrative con una lettura funzionale e clinica. I livelli di valutazione finali riguardano l'analisi del tipo di alleanza familiare.

Distinguiamo quattro tipologie di alleanze familiari: alleanza cooperativa, alleanza in tensione, alleanza collusiva o alleanza disturbata. L'alleanza cooperativa rappresenta il maggior grado di funzionalità ed è proprio di quella famiglia che raggiunge l'obiettivo della condivisione affettiva, l'alleanza in tensione consente di raggiungere livelli di funzionalità e coordinamento sufficientemente buoni, anche se con qualche problema durante l'interazione che però i genitori riescono a fronteggiare ripristinando un clima collaborativo, l'alleanza collusiva è caratterizzata dal mancato raggiungimento dell'obiettivo per la mancata definizione dei ruoli e le continue interferenze reciproche, l'alleanza disturbata, infine è caratterizzata dal mancato raggiungimento degli obiettivi del gioco nel suo senso più totale, i ruoli non sono definiti in alcun modo e non solo subiscono continue interferenze, ma spesso risultano conflittuali.

3.4 Modello fondato su strumenti strutturati

Per chiarezza espositiva si sono raggruppati in questo modello tutti gli approcci che si rifanno alla somministrazione di una testistica strutturata, seppur talvolta originati da matrici teoriche differenti. Trattandosi di un argomento vasto, e ancora poco trattato dalle materie di servizio sociale, che spesso rimandano tale ruolo alle figure psicologiche, viene qui ripresa, in modo riassuntivo, la classificazione proposta da Camerini, Lopez e Volpini (2001) nel manuale sulla valutazione delle competenze genitoriali.

3.4.1 *Parental Bonding instrument*

Misura i livelli di controllo affettivo genitoriale ed è stato integrato da altri autori per osservare una correlazione tra controllo affettivo genitoriale e depressione in un campione non clinico. Inoltre questo studio si è proposto di ampliare il modello con le scale di Gilbert (cura, iperprotezione, valutazione, favoritismo) e quelle contenute nel *Beck Depression Inventory* per aumentare il potere predittivo di questo strumento sui punteggi di depressione.

3.4.2 *Darlington Family Assessment System*

Elaborato da Wilkinson consiste in un sistema di valutazione integrato che considera la prospettiva del figlio, dei genitori, genitore/figlio, dell'intera famiglia. Ciascuna prospettiva viene analizzata attraverso una serie di temi *standard* penetrando nelle problematiche principali del livello in questione. Le “dimensioni problema” abbinate al livello della famiglia sono: vicinanza e distacco, dinamiche di potere, atmosfera emotiva e regole, evoluzione della famiglia.

3.4.3 *Family Environment Scale*

Elaborato da Moos, si articola su tre sottoscale: le relazioni, la crescita personale, la perpetuazione del sistema. Ciascun item corrisponde alle sottoscale, per un totale di 10. I punteggi di familiari diversi possono essere messi a confronto per scoprire su quanti e su quali item ci sia disaccordo; si considera indicativo di problemi sia l'accordo dei familiari riguardo un item negativo, sia il disaccordo su un item positivo.

3.4.4 *Mc Master Family Assessment*

Elaborato da Device, Epstein, Baldwin e Bishop. È basato sull'analisi dei compiti che il “sistema familiare” deve saper affrontare efficacemente e sui diversi livelli di funzionamento: compiti fondamentali, compiti evolutivi, compiti rischiosi. Si distinguono sei elementi principali di funzionamento: soluzione dei problemi, comunicazione, ruoli, capacità di rispondere alle emozioni, coinvolgimento affettivo, controllo comportamentale.

3.4.5 *Analisi SWOT*

Strategia mutuata dall'analisi ambientale, molto utile ed usata nella valutazione delle risorse individuali. Studia il singolo caso considerando elementi endogeni quali *Strength* (punti di forza) *Weaknesses* (punti di debolezza) ed esogeni quali *Opportunities* (influenze positive) *Threats* (minacce).

3.4.6 *Parenting Stress Index*

Proposto da Loyd e Abidin per rilevare alcune aree problematiche inerenti alla relazione genitori/figli. Parte da idee che si fondano sia sull'esperienza clinica con le famiglie, sia su numerose ricerche secondo cui un eccessivo *stress* parentale è una delle fondamentali concause dello sviluppo di disturbi comportamentali nei figli. Si tratta di un *self-report* costituito da 120 *item* ed utilizzabile con genitori di bambini dai 2 ai 13 anni.

3.4.7 *Partner Quality Test*

Maino e Aceti lo utilizzano per valutare alcune aree della relazione di coppia. Lo strumento è costituito da 28 *item* divisi in tre sottoscale che rivelano rispettivamente: l'impegno posto all'interno della coppia e la prospettiva di mantenerlo stabile nel tempo (scala di impegno di coppia), il pensare alla rottura nel rapporto come uno dei possibili esiti della relazione (scala di rottura del rapporto), il fatto di mantenere la relazione più per motivi connessi ad aspetti contingenti che per un reale investimento affettivo (scala di investimento della relazione).

3.4.8 *Scala di atteggiamento ottimista*

Elaborata da Maino. È costituita da 12 *item* e rileva il credito (inteso come accettazione della relazione al di là dei possibili limiti e come capacità/volontà di scommettere su di un rapporto in cui si percepiscono più benefici dello stare insieme che non i costi) con il quale ciascun partner guarda alla reciproca relazione. Questo strumento valida i suddetti aspetti della relazione di coppia, dal momento che la presenza di una relazione di coppia soddisfacente, stabile, può costituire un'importante risorsa nell'influenzare positivamente lo sviluppo del benessere non solo di ciascun *partner*, ma anche dei figli presenti all'interno del nucleo familiare.

3.4.9 Family Environmental Scale

Elaborato da Moos e Moos per rilevare il clima familiare e alcuni aspetti relazionali connessi all'intera famiglia. Questo strumento si basa su un self-report costituito da 100 *item* divisi in 10 sottoscale che toccano tre importanti aree del funzionamento e del clima familiare: l'area della relazione, l'area della crescita personale e l'area dell'omeostasi.

3.5 Modello dei Protocolli

Entro questa cornice ho accorpato orientamenti, che pur facendo riferimento a teorie tra loro assimilabili, si differenziano in modo importante sul piano dell'operatività, accomunata esclusivamente dall' utilizzo di protocolli di valutazione. Questi ultimi rappresentano uno strumento flessibile e al tempo stesso complesso, che risente meno dei livelli di desiderabilità sociale, per la tendenza ad essere fondato su elementi di evidenza, riscontrati e riscontrabili con metodologie che si avvicinano al modello empirico, ma allo stesso tempo, l'utilizzo di protocolli consente di integrare la valutazione con altri strumenti e con il sapere di altre professionalità, favorendo così la stesura di una valutazione multi-disciplinare.

3.5.1 Parton e O'Byrne

Questi autori sono promotori di un lavoro sociale costruttivista, che pone l'enfasi sui processi, sulla pluralità di competenze e di voci, sulla possibilità, sulla natura relazionale delle conoscenze. L'assunto di fondo è che gli utenti, non importa in quali circostanze essi si trovino «hanno risorse importanti dentro di sé e attorno a sé; è il modo in cui esse vengono “narrate” che rende possibili nuove e più positive opportunità» (Parton e O'Byrne 2000, 31).

Come osservato da Merlini, Bertotti e Filippini nel manuale dedicato all'assistente sociale e la valutazione (2007), Parton e O'Byrne, affermano che quasi sempre le situazioni del quali si occupano gli assistenti sociali sono indeterminate, che è necessario considerare gli utenti come esperti dei loro problemi e che l'*assessment* è sempre un processo in fieri, che può essere di tre tipologie:

- Dell'indagine: processo di acquisizione dei dati simile al modello investigativo, che trova fatti e raccoglie affermazioni di vari testimoni e poi (come Sherlock Holmes) opera deduzioni e formula un'opinione diagnostica o almeno un giudizio professionale sulla situazione in questione;
- Procedurale: il processo è dominato dalle prescrizioni del servizio, che fornisce la procedura e i criteri da seguire; il compito dell'operatore è quello di valutare se la persona abbia i requisiti per accedere a determinate prestazioni;

- Di reciprocità: gli utenti sono visti maggiormente come esperti delle proprie difficoltà e si sottolinea lo scambio di informazioni; ciò che gli utenti dicono non subisce l'interpretazione dell'operatore, ma viene preso così com'è, per costituire la base sulla quale aiutare la persona a mettere in campo le sue risorse.

L'*assessment* costruzionista è vicino, soprattutto, al modello di reciprocità, ma le idee su cui è basato possono contribuire anche al modello dell'indagine ed essere di aiuto nel miglioramento della qualità di questo tipo di valutazione, che viene spesso utilizzato nelle situazioni a rischio dato che specialmente nei servizi pubblici la valutazione svolta dagli operatori sociali viene messo a disposizione di altri enti e professionisti che si occupano della situazione, non da ultimo, funge da importante elemento decisionale per l'autorità giudiziaria.

Tab. 2.1 Ottica tradizionale e costruzionista a confronto

Ottica tradizionale	Ottica costruzionista
* Colloqui finalizzati e elaborare spiegazioni vere	* Colloqui collaborativi
* Ricerca della funzione del problema * Ricerca della causa, supportata da convinzioni deterministiche	* Accettazione/conferma delle esperienze degli utenti
* Attenzione focalizzata sulla storia	* Attenzione focalizzata su ciò che la persona può fare per creare una situazione diversa da quella problematica
* Colloqui orientati alla diagnosi, alla categorizzazione e caratterizzazione dei bisogni	* Colloqui finalizzati a far emergere cambiamenti e differenze
* Incoraggiamento del discorso volto a identificare la patologia	* Si presuppone che il cambiamento sia possibile
* Colloqui centrati sulla mancanza di abilità	* Ricerca di eccezioni e differenze rispetto al problema
* Colloqui centrati sulla comprensione dell'operatore e dei suoi <i>insight</i>	* Introduzione di nuove categorie e utilizzo delle categorie dell'utente * L'operatore e l'utente sono partner nel processo, anche se non sono uguali
* Colloqui centrati sul biasimo e la colpa	* Colloqui orientati alle competenze e/o alle potenziali abilità * Stimolo a descrivere le volte in cui l'utente è riuscito a gestire il problema in modo per lui soddisfacente
* Attribuzione alla persona di cattive intenzioni o di una personalità negativa	* Ricerca delle competenze in altri contesti * Colloqui relativi alle azioni (descrizioni visive)
* Colloqui conflittuali	* Colloqui orientati agli obiettivi e ai risultati. Come daranno gli utenti a sapere di aver raggiunto i traguardi che si sono posti?
* L'operatore non crede mai fino in fondo che l'utente sia davvero disposto a collaborare come dice	* Le persone sono responsabili delle loro parole e azioni * Si presuppone che le azioni derivino dalle intenzioni del soggetto
* L'operatore è esperto, l'utente è un non-esperto	* Colloqui orientati alla responsabilità e all'agency personale * Introduzione di nuovi modi di vedere la situazione e di agire

3.5.2 Common Assessment Framework

Si tratta dello strumento utilizzato a partire dal 2006 nel Regno Unito all'interno del programma governativo *Every Child Matters*. Nato dall'esperienza decennale del *Framework for the assessment of children in need* e si propone di supportare i professionisti nell'identificare rispondere ai reali bisogni dei bambini che vivono in famiglie in situazione di vulnerabilità.

Dopo aver passato in rassegna le principali teorie in materia di *parenting* e valutazione, il manuale di riferimento britannico passa in rassegna i risultati di diverse ricerche empiriche svolte nell'ambito del supporto alla genitorialità ed evidenzia alcune buone pratiche che hanno sostenuto lo sviluppo del quadro di valutazione sulle quali il personale che lavora con i bambini e le famiglie può fare affidamento, anche attraverso approfondimenti ulteriori dei testi cui si fa riferimento, utili per uniformare le pratiche operative.

Il quadro teorico di riferimento del programma *Children in Need* (Department of Health et al., 2000) si fonda sulla conoscenza intesa come fusione tra teoria, risultati della ricerca ed esperienza pratica a cui affidarsi per contribuire alla raccolta delle informazioni, l'analisi e la scelta degli interventi da formulare per la stesura e l'attivazione del piano a favore del bambino, considerato parte attiva del processo, e non puro destinatario delle azioni.

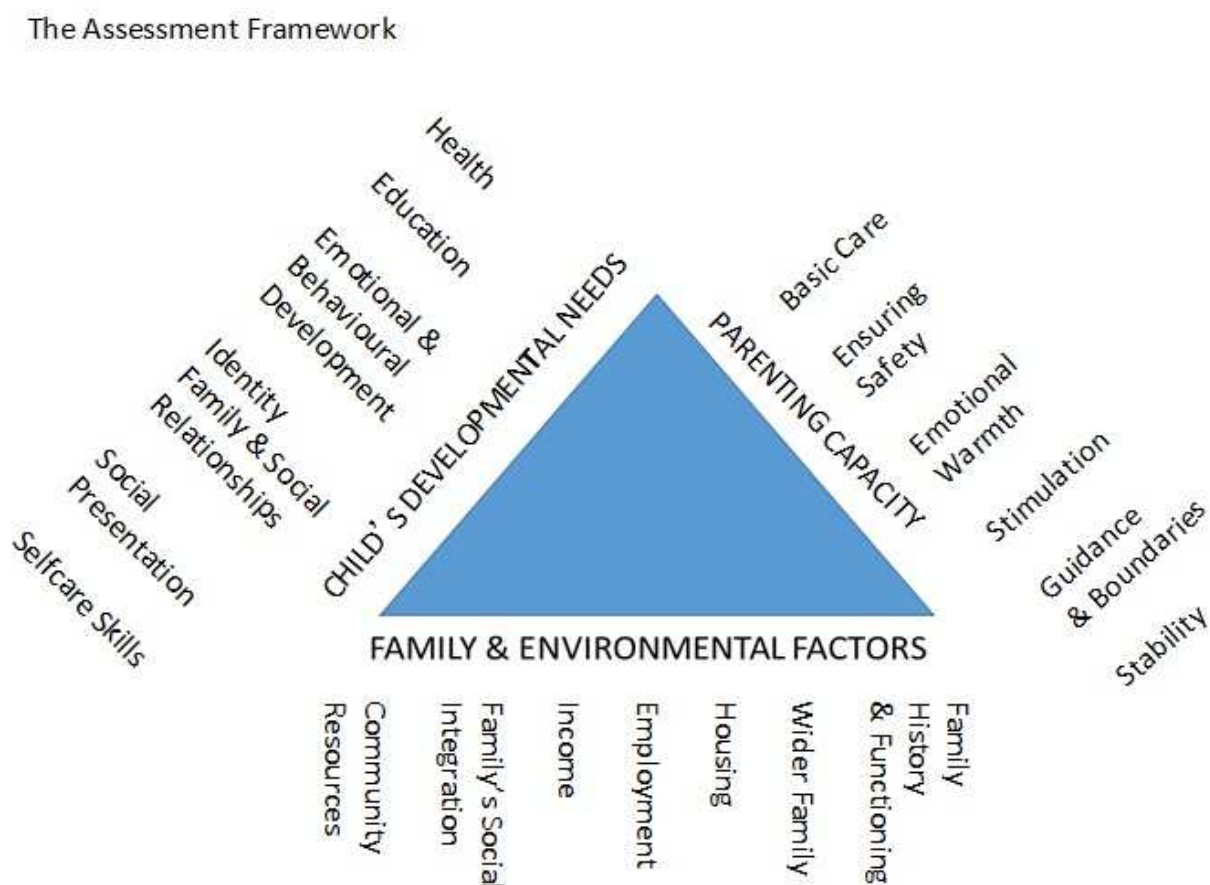
Riprese le principali teorie dello sviluppo del bambino, sottolineando l'importanza dell'attaccamento, dei fattori di protezione e resilienza, considerando prospettive e punti di vista, nonché capacità, di bambini e genitori, il modello propone una riflessione sulla sfida della valutazione *evidence based* e, come suggerito da Schofield, sintetizza l'importanza della interazione di questi fattori che possono essere applicati al quadro di valutazione: gli assistenti sociali hanno bisogno di un quadro di riferimento per capire e aiutare i bambini e le famiglie che tenga conto del mondo interiore del sé e del mondo esterno, dell'ambiente, sia in termini di relazioni e in termini di pratici. È la capacità degli operatori sociali di essere a conoscenza e integrare nella loro pratica queste diverse aree di interesse che definisce il carattere distintivo della loro identità professionale.

Oltre a prevedere dei *focus* specifici su alcuni ambito di intervento professionale, come il lavoro con le famiglie immigrate o con i bambini disabili la guida di riferimento del CAF delinea un pacchetto significativo di risorse che possono essere utilizzate per supportare gli operatori nella loro pratica e nel loro sviluppo professionale, con riferimenti specifici a modelli di *assessment* e strumenti operativi quali il genogramma e l'ecomappa.

Il modello dell'*Assessment framework* nasce e si diffonde nei paesi anglosassoni per rispondere al bisogno di migliorare gli interventi nelle situazioni di tutela e protezione dei bambini, poiché nel 1995 una ricerca condotta dal *Department of health* segnala che tra i bambini che sono seguiti dai servizi sociali c'è una

deriva in età adulta: il 34% è senza fissa dimora, il 23 % in carcere. Si avvia quindi una riflessione riguardo alle modalità di conduzione degli interventi sociali e sull'eccessiva attenzione attribuita alle sole situazioni di abuso e maltrattamento, per definire criteri di miglioramento degli interventi e delle prestazioni sociali, dunque successivamente il CAF è stato adattato anche nella fascia dei servizi non specialistici, in un'ottica di prevenzione che consente anche nelle situazioni di disagio non conclamato di individuare interventi volti alla promozione del benessere del bambino e del suo sviluppo ottimale.

Fig. 2.3 Assessment Framework



Fonte: Department of Health et al., 2000

Diverse sono le esperienze anglosassoni che si propongono di valutare l'efficacia degli interventi prodotti con l'utilizzo del CAF, allo scopo di mantenere aggiornato lo strumento e migliorare la qualità dei servizi erogati, ad esempio il programma *Adapting the incredible years*, basato su un approccio *evidence based* finalizzato a ridurre la genitorialità pregiudizievole, incrementare le discipline educative positive e dare nutrimento alla genitorialità, riducendo i problemi della condotta e incrementando le capacità sociali dei minori.

Jan Horvath (2009) ha curato una guida globale per l'*assessment* dei bambini in difficoltà in cui raccoglie i contributi pratici e teorici, con uno sguardo aperto al confronto (basato anche su lavori di sperimentazione e ricerca-azione) relativi al processo e alle funzioni dell'indagine sociale, alle modalità per indagare i bisogni evolutivi dei bambini, le capacità e i limiti presenti all'interno del nucleo familiare, tenendo conto anche di fattori culturali e socioeconomici.

La nuova edizione del manuale, in particolare, dedica particolare attenzione ad un approccio multidisciplinare, esplicitato attraverso la collaborazione non solo dei diversi professionisti che si prendono cura del sistema familiare, ma dei diversi attori del sistema stesso, non da ultimo il bambino, visto come parte attiva del processo.

Il tema è ripreso dall'autrice in tempi più recenti (Horvath, Morrison 2011) in un articolo in cui si afferma che nonostante le collaborazioni strategiche multidisciplinari stiano diventando sempre più comuni, in particolare nell'ambito della tutela minorile, tuttavia, mentre vi è un crescente corpo di letteratura sia sulla *leadership* efficace sia sulle collaborazioni in tema di protezione dell'infanzia, c'è poco che unisce i due ambiti.

Gli autori hanno identificato cinque condizioni che sembrano influenzare collaborazione in relazione alle servizi per l'infanzia:

- *Strategy*;
- *Governance*;
- *Systems and capacity*;
- *Outputs*;
- *Outcomes*.

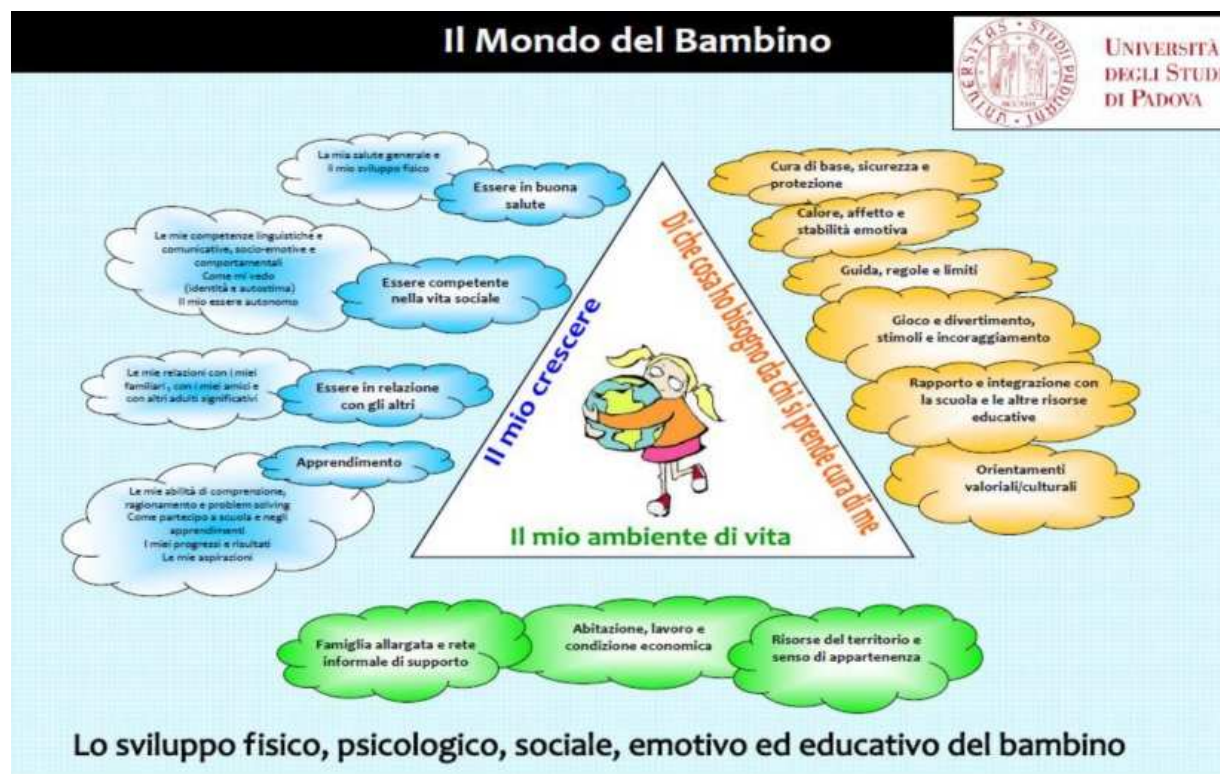
In un clima di continue nuove esigenze, con *budget* ridotti, nuove priorità del governo e indicatori delle prestazioni continuamente in mutamento è fin troppo facile per i membri delle collaborazioni multidisciplinari assorbire le richieste e rispondere in modo standardizzato, procedurale, centrato sulla gestione del rischio, la riduzione del danno e gli approcci prescrittivi. Questo a sua volta rischia di portare ai membri del partenariato a sottovalutare la complessità sia del compito che del processo, perdendo di vista la visione originale e gli obiettivi strategici, ignorando sia i promotori che gli inibitori dell'efficacia, lasciando gli operatori da soli, in prima linea a lottare per identificare e raggiungere risultati qualitativi per gli utenti del servizio. Per impegnarsi in efficaci collaborazioni strategiche si richiede ai membri di tenere in considerazione costantemente tre aspetti fondamentali: il contesto in cui si svolge la collaborazione, il riconoscimento delle condizioni identificate in letteratura come facilitanti una collaborazione efficace ed esplicitazione delle loro interconnessioni e la salvaguardia dell'agenda, assicurando che il processo decisionale strategico è informato, ha consapevolezza e tiene conto delle esperienze di lavoro del quotidiano.

La soluzione proposta, al fine di ottenere il raggiungimento di tale obiettivo, come sperimentato nel corso di un progetto pilota, è fornire *partnership* con un veicolo di riflessione e apprendimento collettivo poiché il processo di analisi multidisciplinare collettiva delle questioni è più probabile che porti ad una comprensione condivisa di problemi e proprietà del gruppo della soluzione concordata e garantisca che il partenariato si concentri sulla promozione di esiti migliori per gli utenti dei servizi piuttosto che semplicemente sulla gestione del rischio.

Il *Common Assessment Framework*, costituisce la base teorica di riferimento per la metodologia Rilevazione Progettazione Monitoraggio, sperimentata in questi anni dal Laboratorio di ricerca in educazione familiare dell'Università di Padova.

RPM consiste in una scheda di rilevazione, progettazione e monitoraggio del benessere del bambino/a e della sua famiglia, si articola sulla base del modello teorico multidimensionale triangolare denominato Il mondo del bambino, costruito a partire dalle varie esperienze internazionali relative all'*assessment framework* inglese ed assume l'approccio ecosistemico che tiene conto del sistema familiare, della rete sociale, della scuola frequentata dai bambini e ragazzi, dell'ambiente in generale, della esigenze e della dimensione intrapsichica di ciascun membro della famiglia e delle loro possibilità di cambiamento e quindi di resilienza (Serbati e Milani 2013).

Fig. 2.4 Il mondo del bambino



Fonte: www.educazione.unipd.it/labrief (ultimo accesso 15/02/2015)

Obiettivo primario della fase di *assessment* è raccogliere ed integrare in maniera rigorosa e sistematica diverse informazioni sulla situazione familiare, come si presenta nel “qui e ora”, al fine di individuare i possibili miglioramenti. Dunque la valutazione della situazione, dovrebbe precedere l’avvio dell’intervento e assicurare l’efficacia dello stesso attraverso l’individuazione precisa dei bisogni di sviluppo del bambino cui occorre trovare risposta, tuttavia l’*assessment* è già in sé una parte dell’intervento, in quanto è a partire proprio da quelle informazioni iniziali che è possibile una condivisione dei significati con i soggetti dell’*assessment* e in particolare con i genitori e con il bambino. Secondo quanto riportato nella guida alla compilazione RPM (Milani *et al.* 2010) l’*assessment* è costituito da 4 fasi interconnesse poste in sequenza circolare, in cui ogni fase è necessaria per poter svolgere la fase successiva:

- Prepararsi all’*assessment*;
- Raccogliere le informazioni;
- Analizzare e dare senso alle informazioni;
- Definire l’intervento.

Il protocollo individua diversi metodi per raccogliere informazioni: la linea del tempo, le osservazioni, la storia della famiglia (con indicazione delle aree da considerare). Particolarmente degno di interesse è la *trousse* “*Moi comme parent...*” tradotto a cura del medesimo gruppo di ricerca, coordinato da Paola Milani. Il kit si basa su un approccio multimodale focalizzato sulla resilienza, sulle risorse genitoriali e sulla complementarietà dell’intervento. L’obiettivo è disporre di un ventaglio di modalità operative sufficientemente diversificato per riuscire a modellare l’intervento in relazione ai bisogni, alle risorse e alle potenzialità delle famiglie e dei genitori che si desidera aiutare. «Integra dunque l’apporto di differenti modelli di intervento (cognitivo, umanistico, comportamentale e comunitario) per sostenere nel modo più efficace possibile le strategie attrattive dei genitori che si trovano a fronteggiare le difficoltà insite nel loro ruolo» (Milani *et al* 2011,15).

Obiettivo principale del *kit* è dare voce ai genitori in un atteggiamento di ascolto improntato rispetto della loro esperienza e della loro visione. Il kit propone un insieme di strumenti volti ad arricchire e facilitare l’attuazione dei programmi di sostegno educativo già in essere, i materiali sono adattabili a tutti genitori con figli da zero a 11 anni e prevedono:

- Qualità del bambino.

I materiali su questo tema si articolano in 12 immagini per la fascia di età compresa tra i 2/5 anni e 16 per quella tra i 6 e gli 11. Le qualità del bambino corrispondono ai comportamenti che egli può manifestare nelle diverse situazioni di vita quotidiana. La griglia delle domande richiede di individuare le qualità che il genitore considera importante nei bambini in generale, riconosce particolarmente al suo bambino e riconosce a se stesso.

- Competenze genitoriali.

Il tema delle competenze genitoriale costituisce una parte importante del kit e riguarda un insieme di comportamenti e atteggiamenti positivi del genitore che possono sostenere lo sviluppo del bambino. Questa parte si compone di tre serie e di immagini relative a competenze diverse in base all'età del bambino: 0-8 mesi (10 illustrazioni), 9 -24 mesi (16 illustrazioni), 2-5 anni (16 illustrazioni), 6-11 anni (16 illustrazioni). Per ogni fascia d'età le illustrazioni sono disponibili nella versione per la madre e in quella per il padre.

- Piaceri condivisi.

La tematica dei piaceri condivisi riguarda i momenti felici della vita quotidiana per cui le immagini previste da questo strumento mostrano situazioni in cui genitori e figli stanno bene insieme e si sentono gratificati dalla presenza l'uno dell'altro. Questa tematica permette al genitore di esprimersi facilmente in maniera spontanea, positiva, senza paura di essere giudicato, è molto importante per gli operatori che vogliono lavorare sul legame di attaccamento tra genitore e figlio. Le immagini di questo strumento si suddividono in quattro serie distinte in base all'età del bambino, in quanto necessariamente piaceri condivisi saranno differenti: 0-8 mesi e 9 -24 mesi (10 illustrazioni), 2-5 anni (15 illustrazioni), 6-11 anni (15 illustrazioni). Per ogni fascia d'età le illustrazioni sono disponibili nella versione per la madre e in quella per il padre, cosicché entrambi genitori possono identificarsi facilmente nelle immagini.

- Attività per ricaricarsi.

Questo strumento riguarda le attività che il genitore utilizza per fare il pieno di energia, riposarsi o prendersi cura di sé e prevede un'unica serie di 22 immagini, raffiguranti di volta in volta un soggetto femminile o maschile. La griglia delle domande e la griglia di risposta sono le stesse, a prescindere dall'età del bambino

- Sostegno dalla rete sociale.

Il tema del sostegno dalla rete sociale riguarda le persone significative presenti nel contesto relazionale del genitore: le persone che lo aiutano o quelle che, al contrario tendono a ostacolarlo nello svolgimento del suo ruolo. Dopo aver identificato queste persone, la rete sociale del genitore viene rappresentata graficamente attraverso uno schema che permette un approccio più comunitario valorizzando le risorse disponibili nell'ambiente del genitore, che fornisce le basi per la discussione. Il genitore può allora raccontare come alcune persone lo aiutino e altre siano cause di stress o conflitto. La griglia delle domande quella di risposta sono divise in tre parti. Con la prima si delineano il profilo la struttura della rete sociale del contesto genitore, mentre la seconda si concentra sui soggetti più significativi, valutandone il ruolo di aiuto o al contrario di ostacolo. Infine, la terza e ultima parte consiste in una riflessione che esplora l'eventuale sentimento di solitudine tessuto dal genitore.

- Preoccupazioni dei genitori.

La tematica delle preoccupazioni del genitore viene affrontata partendo dalla griglia delle domande e da una lista di esempi.

- Difficoltà incontrate ed evoluzione genitoriale.

Anche la tematica delle preoccupazioni del genitore viene affrontata partendo dalla griglia delle domande e da una lista di esempi.

Nei capitoli relativi all'analisi delle informazioni e alla elaborazione dell'intervento si sottolinea la funzione delle riunioni tra professionisti e con la famiglia e l'importanza del coinvolgimento dei bambini per riuscire a definire un progetto educativo individualizzato che tenga conto degli elementi emersi e che preveda azioni che vedranno come co-protagonista anche la comunità o la famiglia stessa.

3.5.3 *Protocollo per le indagini sociali*

La dottoressa Bertotti (2012) ha elaborato, e sperimentato con l'aiuto di un *team* di collaboratori, un protocollo di indagine suddiviso in cinque aree significative:

- Il contesto sociale_lavoro, istruzione, condizioni economiche e abitative; reti sociali amicali e parentali;
- Il bambino_salute fisica, stato psicologico e sviluppo, situazione scolastica e socio relazionale;
- Gli aspetti della relazione tra genitori e bambino;
- I genitori_ storia e situazione individuale, formazione della famiglia;
- La relazione dei genitori con il sistema dei servizi.

I principi regolatori di tale metodo sono:

- Principio di autovalutazione. Ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione;
- Principio dei diversi livelli di valutazione. Il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali coinvolti nell'erogazione di un intervento;
- Principio di non autoreferenzialità. Le valutazioni vanno condotte, per quanto possibile, sulla base di connessioni fra più fonti e riscontri oggettivi;
- Principio di confrontabilità. Le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di giudizio e metodi omogenei e permettere confronti nel corso del tempo, anche fra più esperienze;
- Principio di trasparenza. Le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di trasparenza ovvero attraverso attività chiare, esplicite e documentate per i diversi livelli e soggetti coinvolti (chi ha diritto di sapere).

Riprendendo le tappe principali del disegno valutativo (Esplicitare le finalità della valutazione, Identificare lo scopo (*mission*) dell'evaluando, Individuare le dimensioni significative, Declinare i criteri di valutazione, Individuare gli indicatori, Definire strumenti e fonti informative, Elaborare un piano di rilevazione, Esprimere il giudizio vero e proprio, Identificare le strategie di miglioramento, Restituire i risultati) l'autrice evidenzia l'importanza degli indicatori, che una volta individuate le aree più significative consentono di collocarsi e di "graduare" il parere professionale in merito alla gravità della situazione per quell'area e al tempo stesso "esemplificano" il parere stesso attraverso una descrizione di fatti, che consente una tensione verso l'oggettività.

3.5.4 *Assessment of Parental Skills-Interview*

Si tratta di uno strumento messo a punto da Camerini e dal suo gruppo di ricerca (2011), nell'ambito della valutazione delle funzioni e delle capacità genitoriali. Si propone di effettuare un *assessment* non tanto del profilo di personalità del genitore e/o delle sue capacità generiche, ma dei comportamenti specifici (attuali e "visibili") che definiscono le "funzioni di base" legate all'esercizio concreto della genitorialità. L' APS-I si applica a genitori di figli che abbiano un'età compresa tra i 4 e i 14 anni, prevede la somministrazione al genitore di una serie di domande (24 *item*) le quali esplorano le capacità relative alle tre diverse aree di funzionamento: supporto sociale, capacità organizzativa, protezione, calore ed empatia. Lo schema non va inteso come una scaletta di intervista, basterebbe indirizzare chi effettua la valutazione verso le aree maggiormente significative nel corso del colloquio con il genitore.

Per ogni *item* possono essere assegnati cinque diversi punteggi (in ordine decrescente) a seconda che la capacità non sia esercitata oppure venga esercitata scorrettamente, sia esercitata raramente e inadeguatamente, venga esercitata in quantità o in maniera appena sufficiente ed incostante, oppure capacità esercitata in quantità o in maniera mediamente adeguata o ottimale.

Lo strumento può essere applicato in diverse occasioni:

- Nelle situazioni di pregiudizio rispetto alla salute psico-fisica del minore e di rischio di abuso/trascuratezza;
- Nelle situazioni di abbandono e di decisioni in merito alla perdita della potestà ed alla messa in adozione;
- Nelle situazioni di separazione dei genitori e di valutazione dei criteri inerenti all'affidamento alla collocazione dei figli.

In ognuna di queste tre diverse situazioni alcuni *item*, in numero di sei, vengono contrassegnati da un segno: essi prevedono l'assegnazione di un punteggio doppio, perché si ritiene che le capacità in questione rivestano (in riferimento a quella specifica situazione) una specifica rilevante importanza; i punteggi 4 e

5 vengono triplicati qualora il genitore non dimostri alcuna disponibilità a collaborare all'intervento stabilito dall'autorità giudiziaria, o si dimostri del tutto incapace di modificare i propri comportamenti. I criteri di valutazione non riguardano un giudizio "storico" ma si basano sul comportamento che il genitore ha mantenuto con il figlio (nel caso di più figli, va considerato il comportamento del genitore riguardo un singolo figlio) per un lasso di tempo che comprende gli ultimi 12 mesi rispetto al momento in cui si effettua la valutazione stessa, che acquista dunque una specifica valenza temporale.

3.6 Modello *process oriented* basato su fattori di rischio e protettivi nonché sui concetti di vulnerabilità e resilienza

Questo modello, fondato su radici teoriche plurime può essere ricondotto alla macro categoria della *resilience matrix*: i fattori di rischio distali sono l'humus in cui si instilla un fattore protettivo o di amplificazione. Lo sforzo degli operatori sociali deve essere quello di far emergere i fattori protettivi, elemento necessario per poter fondare un progetto di sostegno alla famiglia. Avere in mente questo schema aiuta anche nel formulare la diagnosi sociale, che sarà basata su elementi derivati dall'osservazione diretta e dal confronto con i genitori, secondo un costrutto di oggettività che fonda il processo *evidence based*.

Paola Di basio, nel manuale descrittivo del protocollo sui fattori di rischio e protettivi riferisce di essersi ispirata sia a lavori precedenti sul rischio psico-sociale, la violenza e l'abuso all'infanzia (come quelli di Cirillo) sia all'approccio *process oriented* (Cummings, Davies, Campbell...) utilizzato nella psicopatologia dello sviluppo per descrivere i processi di adattamento e maladattamento, modificato per adattarlo all'analisi delle competenze parentali che mettono a rischio lo sviluppo del bambino.

L'attenzione ai fattori di rischio e ai fattori protettivi appare particolarmente utile perché permette di comprendere più approfonditamente come l'esito di adattamento o di maladattamento delle competenze genitoriali sia, in realtà un percorso costellato da eventi accidentali, da incontri e legami significativi, da condizioni esistenziali e anche da prerequisiti che acquistano il loro significato alla luce della dinamica processuale e delle interconnessioni che vengono a determinarsi tra i diversi elementi.

Alla luce di questa prospettiva l'autrice ritiene che la dimensione dell'adattamento, che implica una relazione ancora preservata in senso positivo tra genitori-figli, possa essere compresa e spiegata nei termini di «presenza o prevalenza dei fattori protettivi che possano contrastare i fattori di rischio e di stress e che consentono a genitori, pur segnati da difficoltà e ostacoli, di comprendere e affrontare adeguatamente le esigenze del bambino e di rispondere alle richieste poste dai compiti di sviluppo inevitabilmente connessi alla crescita dei figli» (Di Blasio 2005, 21).

L'introduzione del concetto di resilienza modifica radicalmente le classiche concezioni sul rischio, intese sia in termini di causalità diretta che multifattoriale. Se sul piano teorico porta a concludere che qualsiasi agente causale preso singolarmente o in associazione con altri non produce spiegazioni soddisfacenti sulla dinamica che si innesca tra eventi critici e reazioni degli individui, sul piano empirico induce a riflettere sul fatto che un'analisi basata solo sulle condizioni di rischio (o di potenzialità dello stesso), non consentirebbe una visione d'insieme della realtà familiare, nella quale rimarrebbero celate o non adeguatamente valorizzate abilità o potenzialità degli individui.

Tab. 2.2 Fattori di rischio e protettivi

Fattori di rischio distali	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Povertà cronica 2. Basso livello di istruzione 3. Giovane età della madre 4. Carenza di relazioni interpersonali 5. Carenza di reti e d'integrazione sociale 6. Famiglia monoparentale 7. Esperienze di rifiuto, violenza e abuso subite nell'infanzia 8. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni 9. Accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative 10. Accettazione della pornografia infantile 11. Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino 	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (+) VULNERABILITÀ (-) </div>	
Fattori prossimali di rischio e di amplificazione del rischio	Fattori prossimali protettivi e di riduzione del rischio
<p>A) Fattori individuali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Psicopatologia dei genitori 13. Devianza sociale dei genitori 14. Abuso di sostanze 15. Debole o assente capacità di assunzione delle responsabilità 16. Sindrome da risarcimento 17. Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche 18. Impulsività 19. Scarsa tolleranza alle frustrazioni 20. Ansia da separazione <p>B) Fattori familiari e sociali</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Gravidanza e maternità non desiderate 22. Relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o con quella del partner 23. Conflitti di coppia e violenza domestica <p>C) Caratteristiche del bambino</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. Malattie fisiche o disturbi alla nascita 25. Temperamento difficile 	<p>A) Fattori individuali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 26. Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi 27. Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia 28. Capacità empatiche 29. Capacità di assunzione di responsabilità 30. Desiderio di migliorarsi 31. Autonomia personale 32. Buon livello d'autostima <p>B) Fattori familiari e sociali</p> <ol style="list-style-type: none"> 33. Relazione attuale soddisfacente con almeno un componente della famiglia d'origine 34. Rete di supporto parentale o amicale 35. Capacità di gestire i conflitti <p>C) Caratteristiche del bambino</p> <ol style="list-style-type: none"> 36. Temperamento facile

Fonte: Di Blasio 2005

La presenza di un consistente numero di fattori protettivi che compensi e contrasti quelli di rischio, configura una situazione nella quale, con molta probabilità, vengono innescati meccanismi di resilienza che consentono agli operatori di intervenire nella prospettiva del sostegno dell'aiuto e, spesso, con il consenso della famiglia stessa.

Una seconda categoria di situazioni, indubbiamente ampia, è quella caratterizzata dalla compresenza di fattori di rischio e fattori protettivi. Si tratta di famiglie nelle quali gli elementi di rischio non sono compensati a sufficienza dai fattori protettivi, che non riescono a modulare o ridurre l'effetto dei fattori di amplificazione del rischio. In questi nuclei, il cui equilibrio interno è instabile, occorre quindi valutare se gli aiuti che il servizio può offrire verranno ben utilizzati o se saranno disattesi e per questo si riveleranno non idonee a garantire la sicurezza del bambino e o condizioni sufficienti per un suo adeguato sviluppo.

La terza categoria di situazioni è caratterizzata da assenza- o ridotta presenza -di fattori protettivi che non riescono a compensare quelli di rischio distali o prossimali. Situazioni nelle quali vi sono anche segni di violenza e di danno che richiedono interventi di tutela e protezione esplicita e immediata del bambino non disgiunti dall'opportunità offerta alla famiglia di essere aiutata a comprendere le cause del disagio.

Alcuni autori (Daniel, Rodrigo e altri) hanno integrato fattori di rischio e di protezione e vulnerabilità e resilienza in un modello multidimensionale, definito *resilience matrix*. Questo modello esplicita visivamente come l'adattamento personale sociale raggiunto da una persona dipende dall'incrocio delle varie dimensioni: la dimensione personale e relazionale (dalla vulnerabilità alla resilienza) e la dimensione delle caratteristiche del contesto di sviluppo (fattori di rischio e di protezione). Il modello non offre una rappresentazione lineare ma propone semplicemente una mappa orientativa che tiene insieme diversi elementi (personali, relazionali e di contesto) che, interagendo tra loro, fanno costruire infinite possibilità delle famiglie di riorganizzarsi. «Dunque, la progettazione degli interventi richiede di superare la centratura sui deficit per riconoscere le competenze e le risorse utili a una riorganizzazione positiva della situazione familiare, accompagnando le famiglie a costruire le proprie risposte ai problemi incontrati nell'accudimento e nell'educazione dei loro figli nello spazio del quotidiano delle reti sociali formali e informali, tenendo ben presente che la mobilitazione delle risorse dell'ambiente (*community based approach*) contribuisce significativamente a incontrare questo “fenomeno positivo”» (Serbati e Milani 2013, 74).

Il modello risente dell'influsso dei lavori di Bouchard, orientati a definire specificatamente uno schema di relazione tra famiglie servizi ispirato all'agire comunicazionale di Habermas, in cui si insiste sul contributo che la famiglia, tradizionalmente considerata utente, può offrire alla costruzione di un progetto

comune in cui due soggetti sono implicati, favorendo così la reciprocità pedagogica all'interno di un contesto favorevole allo scambio di pratiche e di piani d'azione (ibidem).

Negli assunti di fondo esso è dunque molto vicino e al tempo stesso ma precursore delle esperienze delle *Family Group Conferences*, sviluppatesi in Nuova Zelanda la fine degli anni 90, diffondendosi poi anche nel contesto europeo e in vari paesi del mondo.

La traduzione italiana che Francesca Maci, autrice di un recente libro che tratta proprio delle *Family Group Conferences*, suggerisce è «riunione di famiglia» termine che definisce meno altisonante rispetto a conferenza e più vicino al senso comune, capace di portare con sé il tema centrale di questo modello: l'incontro con altre persone in un momento difficile per la vita della famiglia.

Le *Family Group Conference* sono sinteticamente definibili come «un processo orientato a valorizzare la capacità della famiglia di affrontare problemi che incontra nel corso della propria vita, in particolare nella cura e nell'accudimento dei propri membri più piccoli, attraverso l'autonoma presa di decisioni circa le possibili soluzioni da intraprendere per far fronte a situazioni di difficoltà e crisi» (Maci 2011,16).

La famiglia viene chiamata a definire un piano risposta ad una serie di questioni rilevanti, evidenziate dai servizi sociali in merito alla situazione di rischio del minore, formulata sotto forma di domande.

Il piano per la protezione del minore viene elaborato congiuntamente dai familiari presenti all'incontro e condiviso successivamente con gli operatori dei servizi sociali referenti della situazione che dovranno approvarlo.

Alla riunione, oltre alla famiglia, partecipano il facilitatore e l'operatore di *advocacy*, mentre gli operatori referenti del caso partecipano solo alla fase conclusiva, per confrontarsi sulla realizzazione del piano.

Il facilitatore non ha il compito di dirigere il processo per condurlo verso una meta predeterminata, individuata dai professionisti come la più opportuna da raggiungere per aiutare la famiglia far fronte alle difficoltà del caso. La sua attività deve, al contrario, essere orientata a favorire il corso dell'azione intrapresa dalle persone presenti all'incontro, sostenendo una presa di decisioni che sia la più libera possibile.

L'operatore di *advocacy* ha un ruolo solo in piccola parte sovrapponibile a quello dell'avvocato del minore previsto in Italia, poiché non è parte di un procedimento giuridico, ma è un soggetto che ha “solo” la finalità di rappresentare, di fronte agli adulti, la posizione del minore o di altri soggetti deboli, che necessitano di qualcuno che le sopporti nell'esprimere le loro opinioni in un processo decisionale. L'*advocacy* consiste nel rappresentare a coloro che prendono le decisioni il punto di vista, i desideri e bisogni dei bambini e dei ragazzi e nell'aiutarli a muoversi nel sistema.

Il processo della *Family Group Conference* si svolge secondo le seguenti tappe:

- Attivazione.

L'assistente sociale:

- Compila la scheda di attivazione,

- Scrive una relazione da accompagnare alla richiesta,

- Condivide documenti con i genitori o le persone che hanno la potestà genitoriale per richiedere il loro consenso procedere nella richiesta.

- Preparazione.

Il facilitatore:

- S'incontra con la famiglia e traccia una mappa della rete familiare,

- Incontra e invita alla riunione i membri della famiglia allargata che il minore genitori desidera siano presenti e gli altri operatori coinvolti nella situazione,

- Aiuta la famiglia individuare una data un luogo adatti per l'incontro,

- Predispone tutto ciò che serve per permettere ai familiari di prendere parte all'incontro.

- Riunione di famiglia.

*Condivisione delle informazioni.

- Gli operatori del servizio tutela, referenti della situazione, presentano alla famiglia la relazione sociale, che accompagna la scheda di attivazione della *Family Group Conference*, in un linguaggio semplice e comprensibile,

- Chiariscono ai presenti qual è il livello di protezione del minore necessario secondo il servizio sotto il quale il progetto di tutela non verrà accettato,

- Gli altri soggetti invitati alla riunione condividono le informazioni in loro possesso sulla situazione sugli eventuali interventi che stanno svolgendo a favore del minore e o dei suoi genitori,

- I familiari hanno la possibilità di chiedere agli operatori presenti tutti i chiarimenti di cui necessitano, anche in merito alle informazioni circa le risorse che i servizi possono fornire per la realizzazione del progetto di tutela.

*Tempo riservato alla famiglia.

- La famiglia viene lasciata sola nella stanza dell'incontro affinché possa confrontarsi in autonomia per arrivare a stendere il proprio progetto di tutela,

- Il facilitatore, l'assistente sociale e gli altri operatori presenti rimangono a disposizione per garantire la famiglia, nel caso avessi bisogno, il loro supporto.

*presentazione accettazione del progetto di tutela.

- Il progetto di tutela viene presentato dalla famiglia l'assistente sociale della tutela minori per essere approvato,

- Il facilitatore svolge un ruolo di supporto alla comunicazione e alla negoziazione che sono necessari all'accettazione del progetto di tutela.
- Monitoraggio e verifica del progetto di tutela.
 - Il facilitatore, entro una settimana, invia il progetto di tutela,
 - L'assistente sociale e i membri della famiglia sono responsabili del monitoraggio del progetto di tutela,
 - Successivamente, in un arco di tempo individuato dalla famiglia, può essere organizzata una *Family Group Conference* di verifica del progetto di tutela.

3.7 Modello di *parenting support*

In Italia questo modello è stato sviluppato dal gruppo di ricerca dell'università di Padova, coordinato dalla professoressa Milani, che all'interno del contesto teorico del sostegno alla genitorialità, intrecciato a quello dell'ecologia dello sviluppo umano e a quello della resilienza, ha elaborato una proposta metodologica di valutazione della relazione genitori-bambini.

La premessa che gli autori fanno al modello è che non bisogna pensare che i genitori di oggi siano inadeguati, colpevoli o mancanti di qualcosa: semplicemente l'educazione va intesa come un “prendersi cura” dei bambini da parte di un'intera comunità adulta. In questa logica, sostenere la genitorialità non significa insegnare ai genitori a fare i genitori, ma creare diverse occasioni di apprendimento sulla genitorialità, sull'educazione, adatte ai diversi contesti, in quanto la genitorialità, fortunatamente, si può apprendere: il modello di insegnamento, però, non può essere verticale, dall'alto al basso, ma circolare, secondo una logica di apprendimento.

Il metodo proposto ripercorre le tappe tipiche della valutazione degli interventi socio-educativi e socio-sanitari delineando lungo il percorso le competenze relazionali e tecniche e gli strumenti necessari per far crescere il coinvolgimento del genitore del bambino verso l'acquisizione della propria autonomia. Non si tratta tanto di fissare delle tappe obbligate per il lavoro con le famiglie (per questo il metodo è definito “a-metodico”) quanto piuttosto di «pianificare, attraverso la realizzazione dei percorsi valutativi, la costruzione di contesti di apprendimento per i professionisti, ma anche per i genitori per i bambini, di spazi in cui permettere all'altro di acquisire un poco alla volta le capacità critiche necessarie per effettuare la propria decisione rispetto al proprio modello di vita» (Serbati e Milani 2013, 94).

4. L'approccio sperimentato nel progetto del "Faro"

Il lavoro bibliografico sotteso al progetto promosso dal centro specialistico "il Faro" nella provincia di Bologna che ha portato alla elaborazione di strumenti per la valutazione delle capacità genitoriali capaci di orientare la diagnosi sociale nell'ambito della tutela minorile e del sostegno alla genitorialità ha preso in analisi diversi modelli teorici per individuare criteri e metodologie a cui fare riferimento per la costruzione di prassi di intervento di servizio sociale rivolte a famiglie vulnerabili. Ciò non equivale, come suggerito da Paola Milani nel già citato manuale sulla tutela minorile, a scegliere alcune buone teorie, metterle in relazione fra loro per poi costruire un metodo che renda possibile, pure in maniera coerente, applicarle, quanto piuttosto, a fare emergere quel substrato comune che rende possibile un intervento che metta al centro la famiglia rendendola attore principale.

Nonostante tante barricate, non solo accademiche, fra discipline, se ci si confronta con una letteratura pluridisciplinare, se non si dimentica che camminiamo sempre "sulle spalle dei giganti" si scoprono tante convergenze concettuali che possono oggi fungere da terreno comune per un paradigma aperto e multidimensionale dell'intervento, che sia coerente con la natura aperta, relazionale e multidimensionale della persona, e permetta di integrare tra loro saperi che favoriscono lo sviluppo di politiche in grado di valorizzare il potenziale della famiglia (Bertocchi 2005).

Secondo quanto riportato dall'introduzione al progetto bolognese, a cura della responsabile de "il Faro", Maria Agnese Cheli, orientare gli interventi socio-assistenziali nella prospettiva di valutare, per recuperare e sostenere, le funzioni di *parenting* nel rispetto dei diritti del fanciullo (Convenzione ONU, 1989) e del suo benessere alla luce delle profonde modificazioni che coinvolgono le famiglie, pone i professionisti del servizio sociale di fronte ad almeno quattro esigenze cruciali non più rinviabili:

- Riflettere sulle rappresentazioni più o meno condivise in merito a ciò che s'intende per "famiglia sufficientemente buona" e individuare un modello di valutazione in grado di intercettare anche le risorse familiari, seppur residuali, e non solo ciò che "non va". Passare da una prospettiva orientata ad esplorare "cosa c'è che non va" ad una orientata a chiedersi "cosa è successo in questa specifica famiglia" costituirebbe già un traguardo emancipativo per coniugare due facce della stessa medaglia non sempre facilmente ricomponibili: valutazione e aiuto;
- Dotare la propria "cassetta degli attrezzi professionali" di strumenti *evidence based*, fondati su modelli sperimentati e riconosciuti in ambito scientifico, rispettosi della complessità del fenomeno e confrontabili. E' noto come il Servizio Sociale abbia sviluppato nel tempo protocolli e strumenti di valutazione nell'area anziani ed handicap, ma sia pressoché sprovvisto di qualificati protocolli operativi di valutazione nell'area minori;
- Integrare nella necessaria cornice multidisciplinare gli elementi conoscitivi rilevati nella fase di valutazione allo scopo di acquisire una "visione d'insieme e di profondità", in altre parole

sistemica, della situazione soggetto dell'intervento di valutazione (Linee di Indirizzo Regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso 2013), nel rispetto del principio ecologico di equifinalità (Bronfenbrenner 1986);

- Compiere studi sull'efficacia dei criteri di valutazione adottati e sulle conseguenze a breve e a lungo termine degli allontanamenti dal contesto familiare nei casi di pregiudizio per il figlio minore di età, in termini di costi (emotivi, relazionali ed economici) e benefici reali, partendo dal presupposto che i collocamenti esterni alla famiglia costituiscono sempre un evento traumatico e che pertanto dovrebbero avvenire solo in presenza di una condizione effettiva di grave pregiudizio, che dovrebbe essere valutata con criteri *evidence based* per contenere il rischio di danni iatrogeni.

È risaputo che la possibilità di avvalersi di una “equipe minima di lavoro” (sociale, psicologica ed educativa) nella protezione dell'infanzia e nelle sue specifiche fasi d'intervento (rilevazione, valutazione, diagnosi e cura) aumenta l'appropriatezza, la qualità e quindi l'efficacia dell'azione professionale. Gli effetti negativi causati dalla condizione di isolamento professionale dell'assistente sociale e dalla mancanza di spazi per mentalizzare gli interventi comportano il rischio di assumere una prospettiva entropica (cioè autoreferenziale, lineare, difensiva) nella valutazione, di esprimere un “giudizio” più che un parere professionale, di instaurare una relazione esclusiva con l'utente avvertendo un senso di isolamento e di inevitabile accentramento della responsabilità, lontana quindi, dal cambiamento generativo e dalla necessaria curiosità.

Tuttavia, la qualità dell'intervento e il buon funzionamento di un'equipe integrata dipendono anche dallo specifico contributo professionale che ciascun operatore apporta nel rispetto dei ruoli e delle differenti funzioni. Ciò riguarda tutte le professioni e in particolare quella dell'assistente sociale, per le peculiari funzioni che è chiamato a svolgere nel servizio tutela minori: un luogo cruciale nella protezione dell'infanzia e, al contempo, crocevia tra esigenze di cura (attivatore dei necessari interventi specialistici e multidisciplinari) e interlocutore dell'autorità giudiziaria (segnalazione di minori in condizioni di rischio psicosociale).

Tra i due aspetti esiste, ovviamente, una relazione d'interdipendenza ed è proprio su quest'aspetto, certamente non trascurabile, che si colloca il progetto, frutto di una collaborazione fattiva tra assistenti sociali impegnate nei servizi sociali per minori del territorio provinciale, provenienti quindi, da differenti realtà operative.

Gli strumenti elaborati dal gruppo bolognese sono:

- Scheda Multidimensionale per la valutazione delle competenze genitoriali;
- Genogramma;
- Mappa delle relazioni e delle risorse;
- Strumento per i genitori: Racconto di mio figlio;
- Strumento per il figlio: Mi racconto;
- Traccia per la raccolta di informazioni sugli eventi di natura traumatica nella storia del genitore/i;
- Questionario per la valutazione del maltrattamento;
- Guida operativa alla visita domiciliare;
- Traccia operativa “Come comportarsi quando un minore racconta spontaneamente un abuso/maltrattamento”;
- Traccia per la stesura della relazione sociale all’autorità giudiziaria;
- Griglie per l’analisi delle informazioni.

CAPITOLO TERZO

Gli strumenti di lavoro classici dell'assistente sociale: colloquio, visita domiciliare, cartella sociale e relazione sociale

Uno strumento può essere definito come un mezzo «materiale o immateriale, che consente di raggiungere uno scopo» (Perino 2010, 111).

L'assistente sociale, nell'esercizio della professione, utilizza strumenti che si caratterizzano, in linea generale, per le valenze comunicative insite negli stessi, che gli consentono di conseguire gli obiettivi propri della relazione d'aiuto: il cambiamento e l'autonomizzazione delle persone, dei gruppi, delle comunità.

Alcuni strumenti, pur essendo mutuati dalle discipline psico-sociali, come ad esempio il colloquio, vengono incorporati nella pratica professionale ed usati secondo le finalità specifiche del servizio sociale, assumendo, di conseguenza, la funzione di strumenti professionali propriamente detti.

Ve ne sono altri, invece, che potremmo definire tipici del servizio sociale professionale, quale, ad esempio, la visita domiciliare (Bartolomei e Passera 2005).

In linea generale si può dire che, nella pratica professionale, l'assistente sociale ricorre a strumenti diversi a seconda delle specifiche funzioni che si trova a dover porre in atto nonché alle finalità da perseguire. Vengono utilizzati, pertanto, strumenti diversi a seconda sia delle funzioni che si stanno svolgendo, sia della fase del processo d'aiuto che si sta attraversando: esistono strumenti appositi per l'aiuto, per la conoscenza, per la progettazione, per l'organizzazione e per la promozione; inoltre l'assistente sociale dispone di strumenti per l'intervento diretto con l'utenza ed altri per gli interventi indiretti, ma, comunque, mirati all'implementazione del processo di aiuto stesso, o all'attivazione di risorse sociali impiegabili progettualmente per l'aiuto e/o il cambiamento.

Numerose e alquanto differenziate possono essere le classificazioni degli strumenti del servizio sociale, riflettendo la formazione, le esperienze concrete nonché i punti di vista dei vari autori di riferimento. Nel tentativo di illustrare, sinteticamente, e senza alcuna pretesa di esaustività, alcuni strumenti professionali relativi alla gestione del rapporto di aiuto in senso proprio che, per storia, per tradizione e finalizzazione specifica, sono ritenuti tipici del lavoro dell'assistente sociale, ho quindi scelto di adottare la classificazione degli strumenti di lavoro dell'assistente sociale proposta da Annunziata Bartolomei e Anna Laura Passera (2005), che propongono una suddivisione tra strumenti professionali in senso specifico e strumenti connessi con gli aspetti organizzativo-gestionali del lavoro e/o del servizio, focalizzandomi in modo particolare sui più comuni della prima categoria.

Tab. 3.1 Gli strumenti di lavoro dell'assistente sociale

Strumenti professionali specifici	Strumenti connessi con aspetti organizzativo-gestionali
<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione • Colloquio • Visita domiciliare • Lavoro di gruppo • Lavoro con le reti • Documentazione professionale (cartella sociale e relazione sociale...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione • Progettazione • Amministrazione e organizzazione di risorse e servizi • Ricerca • Studio d'ambiente • Conoscenza della comunità

Fonte: Adattamento da Bartolomei e Passera 2005

1. Il colloquio

Pur non avendo le sue origini direttamente nel contesto socio-assistenziale il colloquio si configura come uno dei principali strumenti di lavoro dell'assistente sociale. Mutuato inizialmente dalla pratica medica e clinica risente in fase iniziale dell'influenza delle teorie di Freud, volte ad indagare principalmente l'evoluzione del soggetto dall'infanzia all'età adulta approfondendo la conoscenza delle parti inconsce. Segue poi una evoluzione con relativa applicazione, nel servizio sociale, delle tecniche del colloquio non direttivo di stampo rogersiano. Negli anni 80, poi, il modello sistemico relazionale diventò referente significativo per molti assistenti sociali, che accolsero la teorizzazione di Watzlawick sui processi comunicativi come premessa sulla quale costruire l'interazione professionale. L'attenzione al contesto in cui avviene la comunicazione, alla dimensione verbale e analogica della stessa, agli aspetti di contenuto di relazione, alla reciproca posizione occupata dai soggetti che comunicano e alla "punteggiatura" delle sequenze comunicative diventa elemento fondamentale, che orienta la professione nella consapevolezza che questa interazione non è mai esito di uno solo dei partecipanti, ma è creata attraverso un processo di influenzamento reciproco.

Diversi sono gli autori che hanno tentato di definire il colloquio come strumento di lavoro, enfatizzandone l'importanza per l'esercizio della professione, poiché utilizzato in tutte le dimensioni dell'intervento: sia nel rapporto diretto con l'utente all'interno del processo di aiuto, sia nei diversi contesti operativi (Campanini *et al.* 2013) sottolineando inoltre come esso vada distinto da altri atti comunicativi.

Tenuto conto che la specificità del richiedente e le modalità con cui avviene la richiesta di colloquio orientano la scelta e l'utilizzo dello strumento comunicativo in senso specifico occorre distinguere gli strumenti utilizzati dall'assistente sociale nel corso della sua attività con l'utenza ed in funzione della

stessa, in rapporto alla peculiarità degli interlocutori e degli obiettivi di volta in volta perseguiti e non parlare genericamente di colloquio o conduzione di colloqui. In questo senso andrebbero distinti l'intervista, il questionario, l'anamnesi o storia del caso, la storia di vita, la raccolta delle informazioni, la trasmissione di notizie, dal colloquio di servizio sociale in senso stretto e tecnico che potremmo definire "colloquio psico-sociale" (Bartolomei e Passera 2005).

Il colloquio è una forma di comunicazione interpersonale guidata dall'assistente sociale verso uno o più scopi, al fine di instaurare con le persone una relazione che favorisca la comprensione reciproca della situazione in esame, permetta di intravedere soluzioni possibili e motivi gli interessati a impegnarsi nella realizzazione dei compiti connessi con le soluzioni prospettate (Dal Pra Ponticelli 1987). È una «situazione comunicativa composita in cui interagiscono l'operatore, l'utente, l'ente, giacché si svolge, di norma, all'interno di un contesto istituzionale che legittima, con apposito mandato, l'operatore a prendere in carico professionalmente l'utenza stessa» (Bartolomei e Passera 2005, 208). Consapevoli dunque che la relazione risulta influenzata dal contesto socio istituzionale, possiamo dunque affermare che il colloquio di servizio sociale, non si caratterizza mai, nemmeno nei casi in cui si svolge a casa dell'utente o in contesti diversi dall'ufficio dell'operatore, come una comunicazione bilaterale, bensì sempre con una situazione relazionale complessa (Perino 2010).

Riprendendo quanto teorizzato da Olga Cellentani (1997) possiamo definire il colloquio come una situazione relazionale in cui due attori, l'operatore e l'utente, si incontrano per cercare di comunicare attorno a un problema che non è ancora chiaro ad entrambi e sulla base del quale dovranno individuare una strategia di intervento. Il colloquio psico-sociale è dunque una relazione interpersonale soggettiva che si stabilisce tra due o più persone in cui una delle parti è un tecnico della consultazione psico-sociale e deve agire in questo ruolo, mentre gli altri hanno bisogno del suo intervento. Ricordando la definizione di relazione di aiuto, come vicenda in cui le parti si influenzano vicendevolmente, occorre sottolineare come il tecnico non utilizza nel colloquio soltanto la sua conoscenza ma anche la sua persona, per cui possiamo affermare che il colloquio psico-sociale è una relazione in cui due interlocutori si incontrano e uno di questi, in virtù delle sue conoscenze e del ruolo che ricopre nell'istituzione ha il compito di comprendere ciò che accade in questa relazione ed agire in base a questa conoscenza.

Come descritto da Annamaria Campanini nella definizione di colloquio contenuta nel recente Dizionario di Servizio Sociale (2013) esso, in quanto interazione non occasionale che avviene all'interno di un contesto, ha degli obiettivi ed è diretta dall'operatore, attraverso una serie di tappe che definiscono la struttura formale, intesa considerando la circolarità del processo metodologico:

- Preparazione, in cui si predispone il *setting* con riferimento sia al luogo del colloquio che agli argomenti da trattare in base alla finalità principale;

- Svolgimento - a sua volta articolato in fase iniziale (o fase sociale) in cui si accoglie la persona, corpo centrale in cui può avvenire lo scambio informativo (anche detto fase di indagine) e/o l'analisi dei diversi aspetti (definita fase interattiva) e conclusione, durante la quale solitamente avviene la definizione delle attività in rapporto ai risultati attesi (o fase operativa).
- Documentazione.

L'assistente sociale nell'utilizzo del colloquio assume la funzione di "catalizzatore", aiuta cioè la persona a organizzare e riportare le informazioni, a vagliare le possibili soluzioni al problema, stimola fiducia e rispetto. Il colloquio, infatti, non si limita ad semplice scambio di parole ma contempla il ricorso ad attività quali l'ascolto, la riflessione, l'osservazione. In sostanza l'assistente sociale, nel corso dello svolgimento di un colloquio professionale, si fa contemporaneamente promotore dell'attivazione di due processi: quello di partecipazione attiva attraverso l'utilizzo dell'empatia e quello di controllo dell'azione, attraverso il governo del contesto in cui la stessa si svolge e della metodologia di lavoro utilizzata (Perino 2010).

L'utilizzo del colloquio come strumento professionale, nelle varie fasi che lo caratterizzano, contribuisce in parte a definire degli obiettivi particolari, perciò esso può assumere finalità informative (raccolta/offerta di informazioni), può orientarsi su obiettivi di sostegno, chiarificazione, di valutazione e *problem solving* o ancora di mediazione e negoziazione, sempre mantenendo una focalizzazione sull'*empowerment* dei soggetti con i quali si realizza l'interazione, rispetto ai quali è necessario sottolineare importanza della chiarezza e condivisione rispetto agli scopi di ogni azione professionale «nel rispetto della sua dignità e della sua autodeterminazione» (Bartolomei e Passera 2005, 210).

La relazione dialogica ed empatica che si instaura con il colloquio professionale non si caratterizza, come già accennato, semplicemente come uno scambio di parole tra soggetti in comunicazione, ma è anche ascolto, osservazione, riflessione e gestione dei silenzi, al fine di costituirsi come «sostegno all'autodeterminazione e dall'autonomia della persona, specifica ed orientata all'aiuto al cambiamento e, quindi, finalizzata comprendere, dal punto di vista dell'utente, il problema nella sua unicità e singolarità ed a conoscere i punti di forza e di debolezza dello stesso del suo contesto rispetto alle possibilità di risoluzione, o contenimento, del problema oggetto dell'intervento» (Bartolomei e Passera 2005, 211).

Come analizzato da Perino (2010) nel lavoro sociale il colloquio viene utilizzato per:

- Instaurare un rapporto privilegiato e significativo con l'utente;
- Raccogliere informazioni cogliere i bisogni dell'utente;
- Formulare diagnosi psico-sociali;
- Progettare interventi, attraverso la definizione di obiettivi che condurranno al cambiamento;
- Verificare i risultati degli stessi.

In rapporto agli obiettivi, possiamo quindi classificare diverse tipologie di colloquio di servizio sociale:

- Informativo, in cui le parti si scambiano informazioni, dati, messaggi in funzione del percorso di aiuto il suo sviluppo;
- Valutativo, indirizzato cioè a comprendere il problema, il significato dello stesso per la persona, gli aspetti manifesti e latenti della richiesta in funzione della formulazione delle ipotesi progettuali, nonché per la valutazione del percorso di aiuto dei risultati di cambiamento conseguiti;
- Di progettazione, mediazione e negoziazione del progetto di intervento a favore dell'utente, nelle varie fasi del processo di aiuto;
- Operativo-terapeutico, ossia funzionale alla concreta implementazione dei processi di cambiamento e dalla attuazione degli interventi progettati.

Il colloquio può essere realizzato con l'utente singolo, con la coppia, con il gruppo familiare, in ufficio, al domicilio o presso altre strutture, pertanto appare evidente la varietà dei contesti relazionali in cui l'operatore sociale si può trovare ad operare. In ogni caso è di fondamentale importanza, per condurre efficacemente il colloquio, avere consapevolezza della situazione, chiarire l'obiettivo, e condurre il colloquio con metodo, facendo riferimento a un modello teorico che orienti l'azione professionale.

Allegri e il suo gruppo di ricerca (2006) sottolineano come l'assistente sociale, quando si accinge a realizzare un colloquio, è bene sappia su quali elementi focalizzare l'attenzione. È necessario avere chiaro che i contenuti più pregnanti sono rappresentati, certamente, dalle parole dei soggetti in relazione, ma occorre tenere presente anche che le parole vanno considerate sia nella dimensione del significato del messaggio trasmesso, sia in relazione alle modalità attraverso le quali la comunicazione avviene e il messaggio stesso viene veicolato.

Sono generalmente tre i “fuochi” su cui viene posta l'attenzione nel corso di un colloquio: il testo, la comunicazione non verbale e il silenzio.

Nell'analizzare il testo di un colloquio si porrà quindi attenzione:

- Alla coerenza del discorso;
- Agli spazi di parola;
- Al codice linguistico utilizzato;
- Alle varianti e alle costanti tematiche;
- Alle forme di comunicazione;
- Alle modifiche del tessuto dialogico;
- All'interazione tra parole ed azioni.

Per analizzare in modo preciso e corretto un colloquio non si può prendere in esame esclusivamente il testo linguistico, occorre tenere conto del linguaggio non verbale, che accompagna tutta la comunicazione integrando la parola. Una buona attenzione alla dimensione non verbale della comunicazione consente di guardare alla persona nella sua globalità, talvolta cogliendo aspetti che non sono espressi pienamente con l'utilizzo del dialogo. Si tratta di segnali che vengono immessi nel momento in cui il soggetto si esprime, a sostegno del messaggio verbale, e che hanno una funzione meta-comunicativa (spesso esprimono atteggiamenti ed emozioni connessi all'interrelazione a cui si prende parte o all'argomento trattato) che il professionista può cogliere, e che è consigliabile rimandare anche all'utente. Fanno riferimento alla gestione dello spazio, alla postura, alla gestualità, agli sguardi, alle espressioni del volto e anche al tono della voce.

Ad arricchire la visione globale della situazione, prendendo in analisi contenuto verbale e non-verbale del colloquio, concorre inoltre l'interpretazione dei silenzi. Nel corso dei colloqui queste particolari circostanze possono cogliere alla sprovvista l'assistente sociale, che può tentare di affannarsi a riempire di contenuti quei silenzi (facendo domande o affermazioni); si consiglia invece di imparare a gestire anche i momenti di silenzio senza sentirsi in difficoltà, utilizzandoli a proprio vantaggio e attribuendogli il giusto valore e significato.

Il colloquio rappresenta senza dubbio uno degli strumenti più utilizzati nella pratica dell'assistente sociale ma, come rilevato da Cellentani (1997, 126) «come spesso accade per tutto ciò che entra nella nostra quotidianità, sembra darsi per scontata la capacità di saper utilizzare».

Considerata la molteplicità degli scopi e dei momenti di lavoro in cui viene utilizzato occorre una conoscenza approfondita degli aspetti teorici, tecnici e istituzionali che, inevitabilmente entrano in ogni colloquio, tenendo inoltre in grande considerazione l'aspetto, prettamente relazionale dello strumento, che abbiamo già definito, riassumendo, come un incontro a fini comunicativi tra operatore e utente.

Esemplificativo è il fatto che gli assistenti sociali affermano, spesso, di “condurre” dei colloqui, utilizzando un verbo che induce a pensare a qualcuno che trasporta qualcosa o qualcun altro in una certa direzione. Il colloquio, così come si è cercato di descriverlo facendo riferimento alle principali teorie e pratiche di servizio sociale, non consente di portare nessuno da nessuna parte, ma significa cercare, attraverso la comunicazione, verbale non verbale, manifesta e latente, di comprendere ciò che l'altro e noi vogliamo comunicare, tenendo conto che i nostri messaggi vengono scambiati in un contesto, ossia il quadro socio-istituzionale e politico in cui si incontrano l'operatore e l'utente.

2. La visita domiciliare

Questo strumento professionale è presente nel lavoro sociale fin dalle sue origini, come testimonia l'impegno formativo specifico di Mary Richmond, sociologa statunitense, considerata una delle pioniere nella storia dell'assistenza sociale professionale, che già nel suo celebre libro del 1917, *Social diagnosis*, citava la visita domiciliare come elemento fondamentale del *social work*.

Può essere definita come «un incontro, una comunicazione, un colloquio di tipo particolare con l'utente che si realizzano nel suo ambiente quotidiano di vita, generalmente coincidente con il suo domicilio e, comunque, diverso dallo spazio istituzionale in cui l'assistente sociale svolge abitualmente la sua attività» (Bartolomei e Passera 2005, 212).

Tenuto conto della diversa cornice in cui la comunicazione tra utente e operatore avviene, durante la visita domiciliare, occorre sottolineare l'importanza dell'osservazione che l'assistente sociale può svolgere in tale contesto, che consente di reperire informazioni atte ad ampliare la comprensione del problema, funzionali ad eventuali approfondimenti diagnostici e comunque consente di delineare un quadro globale della situazione familiare ricco di particolari sulla situazione specifica.

La maggiore peculiarità di questo strumento professionale è derivata dal *setting* non istituzionale in cui si svolge l'incontro, che richiede capacità professionali specifiche e attenzione ai coinvolgimenti emotivi, dell'utente e dell'assistente sociale, che si differenziano in modo sostanziale da quelli che si attivano nei luoghi classicamente deputati all'aiuto.

Tra le principali caratteristiche della visita domiciliare possiamo rilevare:

- La richiesta di svolgere questo particolare colloquio parte, nella maggioranza dei casi, dall'operatore;
- Avviene dopo che si è già conosciuto l'utente per cui la si concorda con lo stesso, sia per rispetto della persona sia per motivi di riservatezza. Può essere, in determinati casi preannunciata con una lettera o con una telefonata, ma va sempre motivata di modo che la persona possa accettarla o meno e, inoltre, occorre chiarire in modo inequivocabile l'appuntamento (giorno e ora) della visita stessa;
- Viene generalmente effettuata per approfondire la conoscenza della situazione problematica, soprattutto per quanto concerne gli aspetti ambientali, ma anche per valutare le risorse personali di contesto utilizzabili, o attivabili, nel processo e, più direttamente, nel progetto di aiuto. Non è possibile stabilire a priori su cosa orientare l'osservazione e l'approfondimento in quanto dipende dal tipo di problema e dallo scopo per cui si decide di effettuare una visita domiciliare;
- L'uso di questo strumento non può essere un automatismo, ma occorre programmare con cura tempi, modalità e scopi dell'intervento. Recandosi al domicilio l'assistente sociale deve orientare

ed utilizzare entrambe le funzioni, di aiuto o di controllo, proprie della visita domiciliare, chiarendo se lo strumento sia utilizzato in prospettiva di crescita, sostegno e cambiamento o di verifica e valutazione dell'efficacia del progetto;

- Se consideriamo la visita domiciliare un particolare tipo di colloquio occorre inoltre considerare che forse, attraverso di essa, gli operatori potranno essere in grado di dedurre delle informazioni prima ancora che le persone sia state in grado di comunicarle in modo conscio e volontario. «Su tali premesse la visita domiciliare può strutturarsi come un processo, percorso per fasi, dalla accoglienza alla conclusione, un vero strumento di conoscenza di relazione utile alla costruzione di storie personali e familiari e alla realizzazione del percorso di aiuto» (Gristina 2013, 776).

Cesaroni e il suo gruppo di ricerca (2000) hanno condotto una analisi volta ad analizzare le principali finalità della visita domiciliare, così sintetizzate:

- Completare il quadro delle informazioni relative all'utente e al suo nucleo familiare;
- Verificare la congruità e la veridicità delle informazioni precedentemente raccolte;
- Condurre osservazioni dirette sull'ambiente socio-familiare in cui la persona vive;
- Valutare la situazione economica dell'utente e del nucleo familiare;
- Stimolare le capacità dell'utente sopite a causa di malattie, di periodi di detenzione, privazioni varie;
- Aggiungere contenuti, forte significato al processo di aiuto, grazie alla "vicinanza" tra operatore e utente.

Se la ricchezza della visita domiciliare come strumento professionale è strettamente collegata alla sua capacità di cogliere la complessità, attraverso la lettura del luogo in cui essa si svolge, la casa, che «dall'ubicazione, all'organizzazione degli spazi, all'arredamento "racconta" i legami sociali e le relazioni tra coloro che l'abitano» (Gristina 2013, 777) assume rilevanza fondamentale l'osservazione: l'assistente sociale oltre a dover cogliere i diversi aspetti che caratterizzano il contesto di vita dell'utente deve prestare attenzione alle dinamiche relazionali che connotano il rapporto tra i vari familiari nonché quello con l'operatore nel corso della visita stessa. È quindi consigliabile documentare ciò che si è osservato, cercando di «trasformare in parole scritte le immagini» (Andrenacci 2009, 103). A tal proposito si sono diffuse, nelle vari realtà operative, schede di rilevazione, divise in sezioni, ciascuna delle quali focalizza l'attenzione su un particolare aspetto, in relazione alla finalità principale della visita domiciliare e dell'intervento di servizio sociale.

Considerato che attraverso la visita domiciliare l'operatore entra in contatto con "il mondo dell'altro" calandosi in una dimensione più intima di quella offerta dal *setting* istituzionale, è importante riflettere sull'utilizzo di questo strumento professionale quando si lavora con persone per le quali la casa può avere

richiami diversi: si pensi a chi vive in strutture di accoglienza, in residenze istituzionali (strutture per anziani o malati in cui la degenza diventa domicilio), agli stranieri... Si tratta di contesti che richiedono un'attenzione particolare sotto il profilo metodologico e organizzativo, occorre considerare che spesso gli spazi, gli orari, il “paesaggio” in generale possono essere fortemente condizionati dalla struttura, che talvolta riesce a influire sotto il profilo della relazione, regolamentando in modo rigido gli accessi dei familiari o organizzando le attività in base al grado di autosufficienza dei pazienti, così da influire in modo diretto sulle loro interazioni. Per quanto riguarda il lavoro con gli stranieri, invece, ciò che occorre è la capacità di accogliere le differenze culturali, comprenderle e se cercare di immaginare e sperimentare modalità nuove di entrare in comunicazione ed in relazione, forse di ripensare il concetto stesso di aiuto per «mettere in atto modalità operative che aiutino a incontrare veramente l'altro» (Gristina 2013, 777).

3. La cartella sociale

Rifacendosi al recente dizionario di servizio sociale (Campanini *et al.* 2013) possiamo definire la cartella sociale come «lo strumento professionale di tipo informativo gestionale che per eccellenza è atto a rappresentare il processo di aiuto» (Rovai, *ibidem*, 124). Al suo interno sono raccolti tutti i documenti che testimoniano l'attività dell'assistente sociale in relazione ad un particolare nucleo familiare: utilizzato per raccogliere dati socio-anamnestici degli utenti e per prendere nota degli eventi significativi della storia personale e familiare degli stessi, è costituita da una serie di schede che consentono di costruire il percorso psico-sociale ed educativo del cittadino, utente di un servizio. Quindi nel lavoro con l'utenza, l'operatore sociale si avvale della cartella per mettere in evidenza i dati che gli hanno permesso di formulare una valutazione della situazione dell'utente, la definizione degli obiettivi che intende raggiungere insieme al soggetto, il progetto di intervento, con l'indicazione delle scadenze e dei rispettivi impegni assunti.

Come rilevato da Bartolomei e Passera (2005) l'impostazione e la struttura di questo strumento professionale è necessariamente connessa al contesto organizzativo viene utilizzata la cartella sociale e risente delle specificità istituzionali ed operative che caratterizzano tale ambiente, può quindi essere organizzata per nuclei familiari coabitanti o per singoli individui e riflettere una impostazione mono-professionale (condivisa solo da assistenti sociali, generalmente appartenenti allo stesso servizio) o multi-professionale (condivisa da differenti figure professionali: assistenti sociali, psicologi, educatori... nei casi in cui si lavori in equipe).

La cartella sociale è uno strumento che risponde non solo alle esigenze tecnico-professionali dell'assistente sociale e del servizio, consentendo di “tenere memoria” e ordinare la documentazione relativa ai vari casi, bensì permette di dare visibilità e di legittimare la presa in carico nonché di analizzare l'evoluzione dei bisogni, nonché dei fenomeni emergenti, risultando quindi di grande interesse anche per

finalità amministrative e conoscitive. Possiamo quindi affermare che la cartella sociale sia uno strumento professionale che può aiutare anche nel garantire la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni, nell'intercettare i problemi del contesto e verificare l'esito dell'impatto degli interventi; «oltre a essere il veicolo di informazione interprofessionale e inter-organizzativo, perché definisce e costruisce l'invio della persona ad altri professionisti e/o servizi assicurandone la continuità assistenziale» (Rovai 2013, 125)

Ricordando che con il termine documento si definisce un oggetto materiale che ci fa conoscere qualche cosa di nuovo o ci ricorda qualche cosa che abbiamo dimenticato e come processo, cioè come azione del documentarsi «si intende la capacità logica di saper cercare, raccogliere, analizzare, elaborare ed utilizzare in modo razionale, completo e finalizzato ad un determinato e definito scopo i dati, le informazioni e le osservazioni, inerenti l'oggetto d'interesse, contenuti nella massa di materiale informativo prodotto dalla nostra società» (Dal Pra Ponticelli 1987, 95) possiamo affermare che la cartella sociale costituisce lo strumento principe della documentazione professionale, che si caratterizza per la natura relazionale. Nella cartella sociale possiamo trovare infatti una raccolta organica, razionale e completa di tutte le informazioni utili per lo svolgimento delle attività professionali, ma occorre tenere conto si tratta di uno strumento essenzialmente comunicativo, però, più distaccato, più oggettivo rispetto alla fonte dell'informazione, in quanto mediato dal tempo di elaborazione e riflessione del costrutto operatore-utente e da supporti (cartacei, informatici, telematici ecc.).

La cartella sociale è parte della documentazione detta “di esercizio” perché i suoi contenuti sono principalmente finalizzati a facilitare la soluzione dei problemi e a monitorare il processo di aiuto per un corretto esercizio della professione, rendendola verificabile ed accessibile all'utenza.

Essa si configura quindi come uno strumento utile sia per l'autoriflessione sia per la riflessione condivisa con gli operatori di altri servizi e o del servizio sociale stesso. «Può essere considerata come il filo conduttore, la memoria del percorso assistenziale. Per tale motivo deve essere compilata in modo da risultare facilmente fruibile disponibile, le informazioni contenute devono essere chiare e comprensibili, corrette e pertinenti, idonee e adeguate, anche perché risulta indispensabile per trasferire la conoscenza ad altri colleghi (soprattutto nei casi di *turnover*) che possono consultarla e/o utilizzarla» (Rovai 2013, 125).

Pur consapevoli delle differenze derivate dalla specificità di ogni caso, nonché dall'assetto organizzativo-istituzionale di ogni ente, possiamo così riassumere gli elementi costitutivi della cartella sociale:

- Dati anamnestici relativi all'utenza e principali dati oggettivi sul nucleo familiare (situazione socio-economica, sanitaria, culturale, debitamente attestata secondo opportunità);
- Individuazione della situazione-problema e valutazione degli aspetti di priorità (condivisa con l'utente in base alle risorse personali, familiari e societarie, comprese quelle istituzionali);
- Risorse utilizzabili o da promuovere;
- Progetto d'intervento con indicazione degli impegni assunti dai diversi soggetti coinvolti nel progetto di aiuto, dei tempi, delle risorse impiegate, nonché delle modalità e strumenti di verifica valutazione dell'andamento;
- Diario, cioè la registrazione cronologica dei vari interventi effettuati, delle prestazioni erogate e/o ottenute ed i servizi dei quali l'utenza ha usufruito, comprensiva di registrazione (sintesi) dei colloqui e delle visite domiciliari e i verbali delle riunioni e/o degli incontri effettuati;
- La copia delle relazioni inviate e ricevute;
- Le indicazioni circa la conclusione del processo di aiuto, i risultati raggiunti, le eventuali scadenze per impegni futuri, nonché gli obbiettivi minimi per l'autonomia del nucleo dal servizio sociale e la chiusura della presa in carico.

La legge 328/2000 dispone l'attivazione, nei servizi di assistenza sociale, di sistemi informativi socio-assistenziali, pertanto negli ultimi anni, anche il settore dei servizi alla persona ha cercato di conformarsi alla normativa vigente e si è dotato di sistemi che prevedono la cartella sociale informatizzata. «Quest'ultima costituisce ormai uno strumento fondamentale del lavoro degli assistenti sociali, perché oltre a essere in grado di quantificare e qualificare le prestazioni, è un valido supporto alla programmazione, alla gestione e alla valutazione dei servizi» (Rovai in Campanini et al. 2013, 126) ed inoltre è stata recentemente avviata una sperimentazione in alcune regioni italiane (Prima fra tutte la toscana) per l'integrazione del fascicolo sanitario elettronico con quello sociale, in modo da facilitare l'accesso agli atti per il cittadino e per i professionisti, e consentire la realizzazione operativa di quel "sistema integrato" che la normativa più volte richiama.

4. La relazione sociale

Come sottolineato da Ducci (1988) la relazione sociale è lo strumento di comunicazione più utilizzato, nell'ambito dei servizi sociali, al fine di trasmettere notizie utili per fini organizzativi e/o politico-amministrativi o per condividere con altri servizi specifiche informazioni necessarie nel quadro degli interventi posti in essere con il processo di aiuto. Si presenta come un rapporto scritto che approfondisce ed argomenta una determinata tematica o su un caso, avvalendosi delle informazioni ottenute attraverso

l'utilizzo di altri strumenti professionali (colloqui e visite domiciliari riassunte nel diario, approfondimenti diagnostici...).

L'impostazione di una relazione presuppone una approfondita riflessione necessaria per orientare l'operatore alle specifiche esigenze di ogni situazione. Risulta di estrema rilevanza la definizione dello scopo per il quale ci si accinge a scrivere e a rivelare informazioni circa la situazione di un nucleo familiare, e solo dopo aver effettuato questa operazione preliminare sarà possibile individuare la prospettiva di selezione delle informazioni e la conseguente strutturazione del documento.

Ne risulta dunque che nel suo contenuto e nella sua impostazione, la relazione sociale sia fortemente condizionata dagli scopi che l'operatore si pone, dall'interesse dell'utente e dalle competenze professionali del servizio cui viene inviata. È possibile, infatti, redigere delle relazioni di apertura del caso, relazioni a seguito di indagine e relazioni di aggiornamento della situazione (Bartolomei e Passera 2005).

Immaginando la stesura della relazione con un processo operativo suddiviso in fasi, Cesaroni (2000) e il suo gruppo di ricerca individuano:

1. La definizione dell'oggetto e del contesto;
2. L'individuazione dei destinatari degli scopi;
3. La raccolta e selezione delle informazioni;
4. La progettazione della relazione con fissazione di obiettivi ipotesi di lavoro;
5. La fase delle proposte e delle interpretazioni.

Come già esplicitato la relazione sociale si caratterizza, come strumento professionale, per il contenuto prevalentemente informativo che, però, dovrebbe essere accompagnato, in via generale, da una valutazione dell'assistente sociale sulla situazione problematica, oggetto della relazione stessa, e da ipotesi circa la sua evoluzione, nonché da proposte progettuali per perseguire possibili soluzioni; inoltre potrebbe, altresì, contenere argomentazioni finalizzate produrre motivazioni e consenso sul progetto di intervento o su parte di esso. I contenuti della relazione, sono stati classificati da Perino (2010) come segue:

- Elementi informativi, derivanti dall'osservazione dei fatti e mirati ad illustrare il problema;
- Elementi valutativi, che permettono all'operatore di valutare e successivamente interpretare le informazioni acquisite;
- Elementi descrittivi, che permettono di giungere ad una più o meno accurata descrizione dei fatti, delle persone e della situazione;

- Elementi propositivi, che-a partire dalla valutazione delle cause delle conseguenze relative al problema-consentono di arrivare a delineare proposte di soluzione;
- Elementi amministrativi, che hanno lo scopo di adempiere compiti burocratici, di carattere tecnico-amministrativo.

Tipica è la relazione inviata dall'assistente sociale all'autorità giudiziaria, su richiesta diretta o a scopo di segnalazione dello stato di abbandono o pregiudizio di un minore. Con tale documento, è necessario esplicitare l'indagine sociale che è stata svolta, ovvero le modalità di assunzione delle informazioni che vengono trasmesse, deve essere descritta «la natura del problema, come è nato, quali sono i protagonisti relazione sono, il contesto sociale e culturale, le risorse presenti e attivabili, cosa è stato fatto nel passato per risolvere quel problema, quali percorsi si possono individuare per superare i nodi problematici e che tipo di collaborazione sono in grado di fornire protagonisti per la soluzione del problema» (Galli 2006, 81).

Salvo i casi in cui si prospettino ipotesi di reato (nello specifico abuso e maltrattamento) è consigliabile condividere i contenuti della relazione con i diretti interessati, per fare in modo che la stessa non si esaurisca ad una approfondita descrizione della condizione personale e sociale delle persone coinvolte, ma diventi uno strumento che consente ai protagonisti di «prendere atto delle condizioni sfavorevoli e di attivarsi per il loro superamento» (Ibidem).

5. Riflessioni conclusive

Il percorso teorico fino ad ora delineato ci impone al momento una riflessione sul concetto di “servizio” e sulla relazione dello stesso con metodi, metodologie e strumenti di lavoro, che sottendono il passaggio da una “teoria per la pratica” ad una “teoria della pratica”, secondo il metodo storico di costruzione della conoscenza nel *social work*.

Riprendendo quanto teorizzato da Dal Pra Ponticelli (1985) con il termine “teoria della pratica” si intende un sapere di tipo operativo e metodologico fondato principalmente su processi osservativo-induttivi; si tratta di tutti quegli assunti ricavati direttamente dalla descrizione e interpretazione della realtà operativa. Quando invece si parla di “teoria per la pratica”, ci si colloca al livello normativo del sapere, su di un piano teorico, cioè si costruiscono modelli di analisi e di intervento utili all'esercizio della professione attraverso un confronto con le teorie idiografiche delle scienze sociali.

Consapevoli che solo attraverso una piena comprensione degli assunti alla base del nostro oggetto di studio, ed una accurata riflessione circa la loro natura, sarà possibile giungere all'intento valutativo che ci si propone di perseguire, occorre dunque chiarire alcune connessioni tra il principio di relazionalità e il mondo dei servizi.

Storicamente, i modelli teorici di servizio sociale hanno percorso due strade: una di tipo scientifico finalizzata alla sistematizzazione della pratica, mediante gli strumenti forniti dalle altre scienze umane; l'altra di tipo pragmatico, volta ad accumulare esperienza e riflettere sui risultati. Allo stesso modo i paradigmi di riferimento e gli assunti fondamentali delle diverse teorie si muovono anch'essi secondo uno schema dicotomico che vede da una parte una grande enfasi sull'utilizzo del paradigma medico (strutturato secondo lo schema studio-diagnosi-trattamento) e dall'altra la diffusione di saperi che si rifanno alla teoria dei sistemi come quadro esplicativo dei fenomeni e tendono verso interventi in prospettiva unitaria e globale.

Nella sua prima fase il servizio sociale opera prevalentemente nella logica della "cura", e quindi la presa in carico viene concepita come tentativo di soluzione a situazioni problematiche, secondo un'ottica di tipo terapeutico, fondata sulla convinzione che gran parte delle situazioni di disagio, di devianza, ha origine in una condizione personale di incapacità, o impossibilità, a governare i cambiamenti e i problemi che si verificano nel corso della vita.

Se da un lato si sarebbe portati ad asserire che i metodi di stampo medico-lineare siano obsoleti, riduzionistici e ormai superati, rifacendoci alle più moderne teorie e al grado di crescente complessità che gli operatori sociali sono oggi chiamati a fronteggiare, dall'altro occorre riflettere sul fatto che il servizio sociale, tutt'ora, pur distanziandosi da un modello di tipo medico, non può fare a meno di integrarlo nella propria progettualità.

Nel corso dello sviluppo *del Social Work* si diffuse il modello di lavoro psico-sociale, basato su di una visione della personalità in interazione con l'ambiente (secondo un principio di dinamismo interno) che spinge l'individuo a realizzarsi attraverso il rapporto con gli altri.

Secondo tale approccio lo sviluppo della personalità avviene all'interno di un contesto di relazioni, pertanto nelle pratiche professionali l'azione dell'operatore sulle persone significative dell'ambiente dell'utente/cliente, si configura come una pratica volta ad offrire delle risorse e un aiuto concreto.

Un esempio che ben chiarisce tale ottica è l'utilizzo della relazione sociale per rispondere alle richieste d'indagine psico-sociale da parte dell'autorità giudiziaria. Il servizio sociale incaricato ha diverse possibilità: potrebbe optare per una valutazione disgiunta o congiunta con la componente sanitaria (psicologo, psichiatra, medico curante...) e approfondire gli elementi più disparati, privilegiando aspetti individuali, ambientali, familiari, relazionali... allo stesso modo l'esito del percorso attivato potrebbe variare da una conclusione a seguito dell'indagine, proseguire all'interno di un progetto di intervento, sino ad arrivare all'applicazione di misure urgenti di tutela. Appare evidente dunque come la relazione sociale possa configurarsi come l'esito di un processo valutativo di tipo strumentale, fine a sé stesso, o andare oltre, cercando di non posizionarsi ad un livello di intervento individualista, ma cercando di integrare i vari attori coinvolti.

Proseguendo nelle fasi di sviluppo dei modelli di servizio sociale giungiamo alle teorizzazioni di Helen Perlman. Secondo l'ottica del *problem solving* l'obiettivo degli interventi sociali è di arrivare ad una modificazione del comportamento degli utenti, siamo ancora, dunque, in una cornice medica, tuttavia emerge il tentativo di superare lo schema diagnostico, affermando una centralità della relazione di aiuto. Riprendendo allora l'esempio concreto della relazione di indagine psico-sociale, pur continuando ad essere un intervento che nasce in una cornice giuridica definita dal mandato istituzionale, che attiva un intervento specifico legato alla valutazione, e che solo potenzialmente richiede l'integrazione multiprofessionale tra operatori, mette in gioco un processo di aiuto che è fatto di relazioni. Tali relazioni sono quelle che si instaurano tra gli operatori, tra gli stessi e il minore, nonché con la sua famiglia e con tutte le componenti coinvolte; in questo processo i ruoli e le funzioni non sono sostituibili e non sono comparabili tuttavia è necessario superare questo livello di riflessione per chiedersi cosa i professionisti possono offrire l'uno all'altro e alla famiglia coinvolta nell'osservazione di quanto accaduto. Si tratta insomma, di mettersi in gioco con l'obiettivo di potenziare in uno specifico contesto relazionale, quegli elementi che a loro volta possono favorire scambi e relazioni, anche negli altri contesti esistenti, superando la tendenza problematizzante per favorire l'emergere delle capacità e delle potenzialità.

Un passo in tale direzione è stato fatto con le teorie di Reid ed Epstein che dedicarono particolare attenzione alle relazioni sistemiche pur non concependo ancora l'intervento sociale al di là di un modello educativo, finalizzato ad insegnare all'utente adeguate modalità di soluzione dei problemi.

All'interno del servizio sociale, il vero cambiamento si osservò pertanto con il tentativo di abbandonare il modello medico, realizzato a pieno con le teorie fondate sul principio secondo cui utente e servizio sono due sistemi sociali in relazione.

A differenza dei modelli psicodinamici, l'epistemologia che sta alla base della teoria sistemica si fonda sul concetto d'informazione: il suo metodo di ricerca è costituito dall'analisi delle relazioni tra variabili, e operativamente questo si traduce in una relazione che considera la complessità e globalità della condizione della persona (Campanini 2004).

Un esempio utile ad una maggiore comprensione è l'analisi di uno degli strumenti principali del *Social Work*, ovvero il colloquio di aiuto, attraverso la quale pare possibile ipotizzare rischi e potenzialità relazionali di questo approccio.

Il colloquio di aiuto è definito Zini e Miodini (1997) quale «strumento per costruire un ponte metaforico con l'altro [...] uno spazio mentale e fisico, dove temporaneamente convivono due soggetti in interazione complementare (up-down), di cui uno è l'assistente sociale con la responsabilità della conduzione e del controllo della relazione di aiuto, e l'altro è l'utente» (Ibidem 25). Insieme, «operatore ed utente,

costruiscono un processo dinamico che ha insite le potenzialità di una comunicazione paritaria dal punto di vista delle persone, modalità che nell'evolversi dell'intervento favorisce nell'utente l'acquisizione di nuovi apprendimenti». Come sottolineato dalle due autrici, la scelta dell'approccio sistemico - relazionale «permette di acquisire consapevolezza che ogni intervento (dell'assistente sociale) deve essere strategico e intenzionale, effettuato anche con il singolo, ma inserito nei suoi sistemi di riferimento socio affettivi» (Ibidem 28)

La pragmatica di Watzlawick appare fondamentale per la conduzione del colloquio, che è definito professionalmente come strategico, presupponendo l'utilizzo consapevole di processi di influenzamento e di alcune tattiche della comunicazione verbale e non verbale, come le domande circolari, le affermazioni "specchio", le prescrizioni (mediante il contratto) e le "ristrutturazioni".

Pur non volendo mettere in discussione gli assunti teorici della pragmatica della comunicazione, né tantomeno la sua trasposizione nel *Social Work*, in quanto tale, è possibile sviluppare alcune considerazioni riflessive che tengano conto dei continui cambiamenti e rinnovamenti che caratterizzano il *welfare* attuale, con particolare riferimento alla partecipazione degli utenti al mondo dei servizi ed individuare alcune criticità, specialmente alla luce dei grandi cambiamenti e rinnovamenti avvenuti all'interno dei servizi in questi anni.

La prima criticità riguarda la possibilità di considerare le relazioni comunicative come qualcosa di controllabile, cadendo potenzialmente nell'errore di confondere l'utilizzo di tecniche comunicative appropriate con il controllo della relazione.

La seconda è invece relativa al ruolo attribuito alle famiglie nei percorsi di presa in carico, poiché sempre più spesso emergono le competenze degli utenti e dei loro familiari, ed appare dunque riduttivo, oltre che irrispettoso prevedere che esse siano solo potenzialmente messe sullo stesso piano di chi detiene competenze tecniche. Pertanto la "potenzialità" di un rapporto paritario è fortemente presente nella pratica quotidiana ed è certamente più significativa e concreta rispetto al passato, sostenuta da una normativa che ha ampliato la partecipazione e il protagonismo delle famiglie. Per queste ragioni, forse anche la formazione stessa alla professione richiederebbe un utilizzo dello strumento del colloquio che parta da assunti diversi.

In conclusione, il colloquio di aiuto, come strumento d'azione e (per quello che qui interessa maggiormente) come strumento comunicativo inserito in un modello sistemico, mantiene di fatto una distanza relazionale tra due sistemi, mantenendo in ombra e in secondo piano il potenziale effetto emergente della relazione e il potenziale aumento di simmetria comunicativa basato sulle competenze reciproche.

Tale affermazione consente di approfondire quanto affermato da Donati, secondo il quale l'approccio sistemico non ha risolto il problema dell'asimmetria delle relazioni, perché l'operatore rimane un sistema "esperto" di fronte ad un sistema patologico, pur nel riconoscimento delle relazioni in cui la persona è

inserita. Più possibilista appare Folgheraiter (1998, 425) il quale sostiene che «la relazione di aiuto si configura come un'effettiva connessione reciproca tra i poli interessati, cioè la relazione di aiuto promana da tutti i punti coinvolti e l'andamento nel corso del tempo si organizza e si produce, strada facendo, in funzione degli *input* relazionali e delle necessità contingenti.

È così allora che si configura la possibilità di creare servizi relazionali in l'obbiettivo non è l'erogazione di assistenza bensì la realizzazione di «prestazioni che necessitano di relazioni per realizzarsi (la relazione è la materia prima di cui sono costituite) e realizzandosi fanno emergere ulteriori relazioni sociali» (Folgheraiter 2005b, 131).

Di questo cercherò di argomentare nel corso della ricerca empirica, finalizzata a valutare un progetto di ricerca-azione sviluppato nel territorio della provincia di Bologna, verificando anche se gli strumenti di diagnosi sociale sperimentati favoriscano lo sviluppo di relazionalità alle pratiche di *social work* e possano consentire di definire i servizi così sviluppati come relazionali.

PARTE SECONDA

Configurazioni empiriche del *Social Work* attraverso lo studio di caso della provincia di Bologna

CAPITOLO QUARTO

Gli strumenti per la diagnosi sociale della provincia di Bologna

Nel mese di Marzo 2012 a Bologna si è svolto un seminario in cui il gruppo degli operatori che aveva preso parte alla prima parte del progetto “La valutazione delle Cure Parentali, Strumenti per la Diagnosi Sociale” finalizzata alla individuazione di strumenti operativi per gli assistenti sociali, concretizzato nella realizzazione di una guida pratica con CD, ha illustrato il proprio operato, raccogliendo le adesioni degli assistenti sociali della provincia per l’avvio a una formazione specifica con l’obiettivo di sperimentare l’effettiva applicazione in ambito sociale degli strumenti di diagnosi sociale.

Il presente capitolo si propone di descrivere nel dettaglio gli strumenti adottati dal gruppo di lavoro bolognese, facendo riferimento sia alla loro applicazione in fase di sperimentazione e ricerca-azione, sia alla principale bibliografia di riferimento, quale cornice teorica necessaria per far emergere l’utilizzo dei diversi strumenti nelle pratiche di servizio sociale nonché gli elementi più innovativi degli stessi.

1. La scheda socioanamnestica multidimensionale

Lo strumento si presenta come un elenco di domande che facilitano l’individuazione delle diverse tematiche da affrontare nello svolgimento dell’indagine, per ricostruire, nel corso dei vari colloqui, la storia familiare.

Attraverso una serie di quesiti, spesso posti in forma riflessiva, che orientano lo svolgimento del colloquio ci si propone di costruire, a partire dalle descrizioni fornite dai singoli membri, sia singolarmente che in forma grupale, la rappresentazione della famiglia, con la sua storia, le fragilità e le risorse, al fine di tracciare il profilo di rischio psicosociale del minore.

1.1 Basi teoriche

L’ottica adottata prende spunto dall’approccio narrativo tipico del costruttivismo sociale (Parton e O’Byrne 2000) e dalla Teoria della Pratica di Bourdieu (2003) ripresa in ambito sociale, con ampi riferimenti alla pratica di servizio sociale da Edda Samory (2004).

Lo strumento richiede una buona conoscenza e consapevolezza d’uso, poiché non deve essere inteso come un elenco di quesiti da sottoporre agli intervistati in maniera standardizzata e sequenziale, bensì è da

intendersi come uno schema che orienti l'operatore nella conduzione del colloquio suggerendo quali aree indagare, senza prescindere «da una scrupolosa cura e attenzione verso la relazione d'aiuto» (Cheli *et al.* 2011, 12).

1.2 Finalità e scopi

Questo strumento si propone di stimolare la narrazione delle vicende familiari, sostenendo, guidando, riformulando ed elaborando, insieme ai diretti interessati, ipotesi sulle cause dei momenti di difficoltà e di crisi, riflettendo sui possibili cambiamenti e sulle strategie da mettere in atto per il loro superamento. La scheda multidimensionale è stata specificamente pensata e progettata per l'utilizzo da parte dell'assistente sociale, tuttavia è possibile che all'interno di una équipe multiprofessionale lo strumento possa essere condiviso dai vari professionisti, i quali concordino di trattare in maniera approfondita un'area piuttosto che l'altra, con *focus* specifici anche attraverso l'utilizzo, ad esempio, di testistica mirata quale è uso tipico degli psicologi.

1.3 Utilizzo

Il gruppo bolognese individua due possibilità di utilizzo della scheda socioanamnestica (Cheli *et al.* 2011):

- Nei casi in cui l'Autorità Giudiziaria richiede al Servizio Sociale una valutazione delle condizioni di vita del minore, con particolare riferimento alle relazioni genitoriali, con l'obiettivo generale, di qualificare la segnalazione all'Autorità Giudiziaria (Cheli e Valdiserra 2008);
- Nei casi in carico, in cui emerge (oppure è segnalata) all'attenzione dell'Assistente Sociale una condizione del minore tale per cui è necessario approfondire e/o ri-valutare il rischio ambientale.

La scheda è suddivisa in sezioni, dedicate a:

- Illustrare il percorso di diagnosi sociale, con particolari riferimenti al contesto valutativo, al metodo e agli obiettivi (ponendo al tempo stesso attenzione anche all'atteggiamento dei vari componenti del nucleo familiare verso l'intervento);
- Raccoglie le informazioni più rilevanti circa la composizione della famiglia, gli aspetti socio-economici e culturali, l'organizzazione dei ritmi di vita, alcune preliminari informazioni sul/i figlio/i;
- Stimolare la riflessione riguardo a diverse aree: la storia familiare, individuale, di coppia e il rapporto tra i diversi familiari con un focus specifico relativo alla relazione con il figlio. Tale area richiede sia all'operatore sia ai vari componenti del nucleo familiare un impegno considerevole

volto a «far emergere gli aspetti relazionali, i significati, i valori e, quindi, a favorire una rivisitazione della propria esperienza di vita» (Cheli *et al.* 2011, 15).

- Raccogliere informazioni anamnestiche attraverso il colloquio diretto con il minore;
- Concludere l'iter di diagnosi e valutazione stimolando la famiglia a riflettere sul percorso di valutazione e a comprendere se vi sono le condizioni per la risoluzione delle difficoltà, anche attraverso l'intervento diretto e l'aiuto dei Servizi Sociali, qualora si sia riusciti a stabilire una relazione di fiducia e un'alleanza professionale tra operatore e famiglia;
- Restituire alla famiglia gli esiti del percorso di valutazione specificando se tali contenuti saranno inviati all'Autorità Giudiziaria sotto forma di una relazione.

2. Il genogramma

Si tratta di uno strumento molto utilizzato nel mondo anglosassone e ampiamente utilizzato all'interno del programma *Every Child Matters*, che consiste nel rappresentare graficamente la famiglia attuale e quella di origine, attraverso l'utilizzo di alcuni segni convenzionali.

La rappresentazione simbolica è tracciata dall'operatore sociale in base alle specifiche competenze e alle informazioni relazionali che l'utente fornisce durante il colloquio anamnestico, e solo in un secondo momento lo schema prodotto viene condiviso con l'utenza, al fine di verificare la veridicità delle informazioni e arricchire la rappresentazione, connotando il legame di parentela anche con simboli che ne esemplifichino la qualità di relazione.

2.1 Basi teoriche

Il quadro teorico di riferimento è quello del programma *Children in Need* (Department of Health *et al.* 2000) il cui obiettivo principale è fornire strumenti agli operatori sociali per l'*assessment* delle famiglie vulnerabili. Il genogramma viene proposto come strumento che consente l'organizzazione delle informazioni sul ciclo vitale del nucleo, evidenziando i legami, gli eventi e le separazioni della famiglia attraverso la storia di più generazioni, al fine di consentire una «rapida visione d'insieme delle complesse dinamiche familiari» (Cheli *et al.* 2011, 17).

2.2 Finalità e scopi

La peculiarità del genogramma è quella di consentire una organizzazione delle informazioni al fine di comprendere quali siano ancora da raccogliere e approfondire, anche attraverso la condivisione della rappresentazione grafica con i vari componenti del nucleo, il funzionamento della famiglia e le dinamiche relazionali interne alla stessa.

Il gruppo di lavoro provinciale lo ha immaginato come uno strumento longitudinale, il cui utilizzo può accompagnare gran parte del processo valutativo «stimolando il coinvolgimento del sistema famiglia nell'intervento che si sta realizzando e nella relazione d'aiuto con l'operatore» (Cheli *et al.* 2011, 18).

2.3 Utilizzo

Lo strumento può essere utilizzato sin dai primi colloqui di conoscenza del nucleo familiare, al fine di raccogliere ed organizzare i dati socio-anagrafici dei componenti del nucleo familiare, tuttavia non è auspicabile, in fase iniziale, sollecitare i genitori a dare ulteriori informazioni (ad esempio sulle generazioni precedenti) qualora non emergano spontaneamente, né richiedere che siano descritte, attraverso gli appositi simboli, le relazioni.

Sarebbe invece auspicabile riprendere lo strumento nei colloqui successivi, al fine di condurre con la famiglia una riflessione ed un approfondimento sulla qualità delle relazioni familiari, consentendo ai vari componenti del nucleo di rappresentare graficamente «non solo le persone e gli eventi più rilevanti, ma anche i legami, i confini, i ruoli all'interno del sistema familiare allargato» (Cheli *et al.* 2011, 18).

3. La mappa delle relazioni e delle risorse

Si tratta di uno strumento di tipo visuale, che può essere utilizzato nel colloquio individuale con ogni componente del nucleo familiare (anche i bambini a partire dall'età scolare). L'operatore disegna un cerchio di circa 14 cm al centro del foglio richiedendo alla persona di immaginare che quel cerchio rappresenti la sua famiglia e la sua vita attuale. La richiesta è poi quella di provare a pensare alle persone che sono importanti per l'individuo cercando di disegnarle con cerchi più piccoli dentro o fuori dal cerchio già segnato, a seconda di come le sente, più vicine più lontane. Si può richiedere di disegnare anche altri aspetti per importanti per la persona come il lavoro, un servizio, un hobby, la religione, una persona cara venuta a mancare ma che riveste un ruolo fondamentale nella sua vita, fatti ed eventi importanti ecc. Ogni cerchio dovrà essere indentificato con una iniziale, in modo da poter poi costruire un colloquio di approfondimento e riflessione con l'operatore a partire dal gesto grafico.

3.1 Basi teoriche

Questo strumento, che si rifà al metodo di rete, trae ispirazione dalle varie forme di rappresentazione di una rete sociale fondati sul “diagramma a torta” (Todd 1970) ed in particolare riprende il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita familiare (Gilli *et al.* 1990) e il modello delle Eco Mappe diffuso in ambito anglosassone (Hartman 1995).

3.2 Finalità e scopi

La mappa delle relazioni e delle risorse, così come proposta dal gruppo della provincia di Bologna è finalizzata principalmente a esplorare la dimensione relazionale e sociale della famiglia e del figlio. Consente inoltre, grazie anche alla facile applicazione e all'immediata lettura, di reperire importanti informazioni utili per il completamento dell'anamnesi sociale e l'individuazione di progetti socioeducativi quali quelle relative alla qualità dei legami intra ed extra-familiari, alla presenza di relazioni sociali e nello specifico di reti di supporto e fronteggiamento delle varie situazioni di difficoltà incontrate.

3.3 Utilizzo

Lo strumento, come il genogramma familiare, può essere utilizzato in diverse fasi del processo d'aiuto, sin dai primi colloqui di raccolta delle informazioni socio-anamnestiche, tuttavia si rivela particolarmente adatto in una fase di approfondimento e riflessione, in cui è possibile evidenziare le caratteristiche relazionali, il livello di coesione interno del sistema familiare e le reti di supporto sociale e parentale. Come suggerito dal gruppo bolognese «si potrebbe anche immaginare, in una successiva fase di sintesi, di completarlo con ciò che manca e che sarebbe utile avere» (Cheli *et al.* 2011, 19).

L'utilizzo di questo strumento è particolarmente indicato in tutti quei casi in cui si rivela difficile l'esplorazione, tramite il solo linguaggio, delle dinamiche familiari. Nello specifico con utenti di differente origine culturale ed etnica (che spesso pur riuscendo a comunicare in Italiano faticano nell'elaborazione di concetti riguardanti la sfera dei sentimenti e delle relazioni, poiché afferenti a un campo di intangibilità) e nella conoscenza del figlio (dai cinque/sei anni) considerato che il disegno è solitamente un veicolo ben conosciuto, per l'ampio utilizzo in ambito scolastico, che rompe le inibizioni tipiche di un colloquio frontale.

4. Racconto di mio figlio

Si tratta di una traccia per la conoscenza generale del bambino e dell'adolescente attraverso il parere diretto dei genitori, che può essere utilizzata come attività strutturata (mediante l'utilizzo delle carte) per agevolare la relazione tra la famiglia e l'assistente sociale e acquisire informazioni di tipo socio-anamnestico con un'apertura verso l'universo relazionale della famiglia.

4.1 Basi teoriche

Lo strumento riprende i criteri di base della trousse "*Moi comme parent...*" di Lavinguer S. Coutu S. Dubeau D. (2011) tradotto a cura del gruppo di ricerca coordinato da Paola Milani. Il manuale "Sostenere la genitorialità. Strumenti per rinforzare le competenze educative" ha infatti come caratteristica di fondo la volontà di dare voce ai genitori in un atteggiamento di ascolto improntato rispetto della loro esperienza e della loro visione, che è fondamento di queste carte, sottoposte ai genitori per sollecitarne il racconto sull'immagine del figlio.

4.2 Finalità e scopi

Lo strumento da sottoporre ai genitori, è finalizzato a cogliere le idee sullo sviluppo fisico, psicologico, sociale, emotivo ed educativo del figlio ed è stato pensato come focus mirato, da utilizzarsi ad integrazione del colloquio, e nello specifico, di quella parte della scheda multidimensionale relativa alla conoscenza del figlio.

4.3 Utilizzo

Come nel caso dello strumento "Mappa delle relazioni e delle risorse" il "Racconto di mio figlio" può facilitare l'espressione dei pensieri in genitori provenienti da altre culture e lingue, o di genitori con limitate capacità comprensione ed espressione, per i quali un'attività prettamente verbale può risultare difficoltosa.

Si può, infatti, proporre quest'attività in modo semplice, seguendo le macro-categorie che sono indicate nelle carte, e richiedendo ai genitori di verbalizzare le loro opinioni sul tema sia in modo generale sia aiutandosi con esempi concreti riferiti alla quotidianità condivisa con il figlio e alle esperienze di vita familiare.

Gli *item* che vengono proposti rispetto al figlio sono:

- Come va a scuola e il suo rapporto con gli insegnanti;
- Come lo proteggo dai pericoli e come gli/le mostro il mio affetto;

- In che modo cerco di insegnargli a rispettare le regole;
- La sua salute e la sua crescita;
- Il suo rapporto con i fratelli e con gli altri membri della famiglia;
- Come gioco con lui/lei e lo aiuto nei compiti;
- Le cose che gli/le piacciono e quelle che non gli/le piacciono;
- Le relazioni con i suoi amici e gli adulti a cui è particolarmente affezionato.

In alcuni casi, si può valutare se svolgere l'attività a domicilio e se coinvolgere contemporaneamente i genitori e i figli in un'attività grupale (in tal caso è consigliabile l'ausilio di un altro operatore oltre all'assistente sociale).

5. Mi racconto

Si tratta di una traccia per la conoscenza generale del bambino e dell'adolescente (da adattarsi in base all'età dello sviluppo) che può essere utilizzata come gioco per agevolare la relazione tra il minore e l'assistente sociale. Si compone di due parti: la prima consiste in una serie di carte volte ad indagare diversi aspetti della vita del minore, la seconda denominata "Che tempo fa nella mia famiglia" richiede invece di identificare il clima familiare scegliendo tra le immagini più ricorrenti del meteo.

5.1 Basi teoriche

Anche questo strumento, come il precedente, si basa sull'approccio multimodale focalizzato sulla resilienza, sulle risorse familiari e sulla complementarietà dell'intervento tipico della già citata trousse francese, ma in questo caso l'attenzione principale è rivolta al minore e al suo punto di vista diretto.

5.2 Finalità e scopi

Lo strumento è volto ad agevolare la comprensione dei bisogni e delle potenzialità di ogni bambino o adolescente e delle loro famiglie, attraverso l'esplorazione dei seguenti *item*:

- La mia scuola, i miei compagni, i miei insegnanti;
- Con chi sto e cosa faccio quando non sono a scuola;
- Le cose che mi piacciono e quelle che non mi piacciono;
- I miei parenti: i nonni, gli zii, i cugini.

5.3 Utilizzo

Partendo dalla premessa che l'operatore è interessato a conoscere la vita di quello specifico bambino, ai soggetti dai 5 ai 10 anni si possono mostrare le varie carte chiedendo al bambino di completarle con la narrazione della sua storia personale secondo il titolo indicato. Può essere opportuno sottolineare che ciascuna carta rappresenta un aspetto che l'operatore è interessato a conoscere e permettere al bambino di aggiungere particolari quali la narrazione di eventi concreti o disegni illustrativi. Con i ragazzi dai 13 ai 18 anni lo strumento può essere utilizzato come schema per il colloquio, è sufficiente formulare la premessa e poi si può lasciare che rispondano alle domande aperte, senza necessariamente ricorrere alle carte, tuttavia è consigliabile chiedere a ciascun soggetto come preferisce procedere poiché talvolta anche i più grandi di età preferiscono la modalità ludica, che li "protegge" da un confronto diretto.

La seconda parte dello strumento "Che tempo fa nella mia famiglia" è finalizzata a cogliere il clima intra-familiare a partire da immagini riferite al meteo. Si tratta di una considerazione aperta, che non deve essere accompagnata da troppe spiegazioni da parte dell'operatore, il quale può chiedere direttamente al minore di attribuire un significato relazionale alle immagini, in termini di serenità, tensione, conflittualità, facendo riferimento anche ad episodi di vita familiare.

Entrambi gli strumenti "Racconto di mio figlio" e "Mi racconto" sono state pensate dal gruppo di lavoro bolognese per essere utilizzate ad integrazione della scheda multidimensionale, strumento principale per la raccolta delle informazioni nel corso dei colloqui con il nucleo familiare. Molto interessante, ai fini della valutazione sulle funzioni genitoriali, e della diagnosi sociale, può essere l'incrocio tra le informazioni raccolte con i bambini/ragazzi e quelle fornite dai loro genitori attraverso l'utilizzo dei vari strumenti sino ad ora descritti.

6. La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori

Lo strumento consiste in una traccia per la raccolta di eventi particolarmente stressanti o traumatici nella storia di vita di genitori.

Il gruppo di lavoro provinciale avendo notato che si tratta di una dimensione ancora oggi poco esplorata dagli operatori sociali e sanitari (forse per il timore che la rievocazione d'eventi particolari possa danneggiare l'equilibrio psichico dell'utente o per la convinzione di una certa difficoltà a fronteggiare temi così delicati) ha tentato di elaborare uno strumento semplice, che permettesse di indagare in modo diretto ma al tempo stesso non invadente e rispettoso della persona, le esperienze traumatiche, convinti che esplorare tale dimensione sia importante «poiché veicola il messaggio che di queste esperienze si può

parlare, quindi comunica un senso di accoglienza e disponibilità; sollecita importanti informazioni sulla capacità degli adulti di affrontare e riconoscere eventi particolarmente sfavorevoli e sulla disponibilità a chiedere e ricevere aiuto dall'esterno» (Cheli *et al.* 2011, 20).

6.1 Basi teoriche

La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella vita dei genitori è stata liberamente tratta dalle raccomandazioni del *National Association of State Mental Health, (Program Directors –NASMHPD)* le quali forniscono importanti indicazioni per l'*assessment* degli eventi traumatici sottolineando la stretta correlazione tra le stesse e le capacità genitoriali nonché la tendenza alla trasmissione transgenerazionale della violenza, qualora essa sia stata sperimentata (sia nel ruolo della vittima che in quello dello spettatore) in età infantile.

6.2 Finalità e scopi

Questo strumento è volto a rilevare *stressor* che potenzialmente potrebbero incidere sulle competenze di *parenting*, stimolando la persona a una riflessione sulle proprie esperienze personali, in connessione con lo stile genitoriale esercitato nel rapporto con il figlio.

Può essere particolarmente utile per aprire una riflessione sulle difficoltà familiari, a partire dagli eventi pregressi, nonché per indirizzare la persona ad un eventuale servizio specialistico, qualora emerga la necessità di una presa in carico specifica.

6.3 Utilizzo

La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella vita dei genitori non è uno strumento da utilizzare *tout-court* in ogni situazione che richieda una raccolta di informazioni sul nucleo familiare o una diagnosi sociale poiché indagando aspetti particolarmente intimi ne è raccomandabile l'uso solo dopo aver instaurato una relazione con l'utenza, qualora emerga, nel corso dell'anamnesi la necessità di approfondire questa dimensione (per esempio nel caso siano rilevati elementi psico-patologici nei genitori, lutti e perdite importanti, violenza domestica e maltrattamento ecc.).

Partendo dal presupposto che alcune culture e appartenenze etniche possono essere più esposte a eventi di natura traumatica (violenze, guerre, separazioni, perdite, sfruttamento, ecc.) questo strumento può rivelarsi, inoltre, particolarmente appropriato nell'esplorazione delle storie di famiglie immigrate.

7. Il questionario per la valutazione del maltrattamento

Questo strumento si propone di approfondire come si comportano i genitori se e quando i loro figli fanno qualcosa che reputano sbagliato o li fa arrabbiare, al fine di verificare se il minore potrebbe essere stato vittima di maltrattamento o se gli altri componenti del nucleo familiare, e nello specifico i genitori stessi, abbiano avuto esperienze simili.

7.1 Basi teoriche

Il questionario per la valutazione del maltrattamento elaborato dal gruppo bolognese è una rielaborazione del *Conflict Tactics Scale* di Straus (1979) adattata per l'indagine sociale, da sottoporre ai genitori.

7.2 Finalità e scopi

Scopo dello strumento è «esplorare eventuale presenza di maltrattamento psicologico e fisico e, più in generale, la tendenza a normalizzare la violenza nella pratica educativa» (Cheli *et al.* 2011, 20).

L'operatore propone al genitore la lettura di un elenco di comportamenti chiedendogli di indicare se e quali di quelle cose sono successe anche a lui o a qualcun altro adulto della sua famiglia e con quale frequenza nel corso dell'ultimo anno. Inoltre viene richiesto di esplicitare se ciò possa essere accaduto ancora prima o se tra queste reazioni ne riconosce qualcuna che è accaduta anche al genitore nel corso dell'infanzia.

7.3 Utilizzo

Trattandosi di uno strumento di approfondimento specifico, il questionario per la valutazione del maltrattamento, così come la traccia per la raccolta di eventi traumatici nella vita dei genitori descritta precedentemente, è sconsigliata in fase di conoscenza e anamnesi del nucleo familiare. Al contrario ne è raccomandato l'utilizzo qualora dall'anamnesi sociale emergano fattori di rischio che richiedono ulteriore approfondimento (violenza domestica, conflitto tra i genitori, temperamento difficile del figlio...) e nei casi in cui i genitori (in fase di separazione/divorzio) si rivolgano al servizio sociale per la contesa dei figli o gli stessi segnalino, nel corso dell'indagine, disagio nella relazione tra i genitori o difficoltà nella relazione con i fratelli, oppure qualora i genitori riferiscano di uno stato di difficoltà personale in relazione a pratiche educative violente subite nel corso dell'infanzia.

8. La guida operativa alla visita domiciliare

Si tratta di uno strumento che raccoglie tutte le indicazioni necessarie per predisporre e condurre uno dei più classici tra gli interventi di servizio sociale, necessario per approfondire la conoscenza della realtà familiare, verificando quanto è già a conoscenza dell'operatore e consentendogli di relazionarsi al minore, all'interno del suo contesto di vita.

8.1 Basi teoriche

La visita domiciliare è uno strumento che ha una lunga tradizione d'uso nel servizio sociale, presente tra gli interventi specifici della professione fin dalle sue origini, come testimonia l'impegno formativo specifico di Mary Richmond, che già agli inizi del diciannovesimo secolo era una esponente attiva del pensiero teorico di lavoro sociale. Consiste nelle attività di raccolta informazioni svolta al domicilio dell'utente, attraverso sia l'osservazione sia il colloquio diretto, al fine di ampliare la comprensione del problema da parte dell'operatore, di far approfondimenti diagnostici e di arrivare a delineare un quadro globale della situazione familiare che tenga conto di punti di forza e debolezza dell'intero sistema, osservato il più possibile "da vicino".

8.2 Finalità e scopi

Come esplicitato dal gruppo di lavoro provinciale nella guida all'utilizzo degli strumenti, la visita domiciliare può essere predisposta con diverse finalità: il controllo, nei casi in cui vi sia un mandato specifico da parte dell'autorità giudiziaria competente; la verifica, finalizzata a monitorare l'andamento di un progetto articolato che prevede regolari incontri con il minore, e con la sua famiglia, sia essa naturale o affidataria; il sostegno, nella realizzazione di attività finalizzate al recupero delle funzioni genitoriali poiché incontrare i vari componenti del nucleo familiare nel loro ambiente di vita può facilitare la creazione di un clima di "vicinanza" tra professionista e utenti, permettendo alla famiglia di «cogliere la presenza e la disponibilità all'aiuto dell'assistente sociale» (Cheli *et al.* 2011, 22).

La guida operativa alla visita domiciliare si pone come strumento capace sia di orientare il pensiero dell'operatore *ex-ante*, delineando in modo chiaro gli obiettivi prioritari dell'intervento programmato e le finalità specifiche, sia di riassumere in modo chiaro e sistematico i contenuti della visita, così da poter confrontare tra loro gli esiti dei diversi appuntamenti tra l'assistente sociale e i vari componenti del nucleo familiare, nelle diverse sedi.

8.3 Utilizzo

Lo strumento, come molti degli altri fino ad ora descritti, può essere utilizzato in diverse fasi del processo d'aiuto, sin dai primi colloqui di raccolta delle informazioni socio-anamnestiche, tuttavia si rivela particolarmente adatto in una fase di osservazione secondaria, approfondimento e riflessione, quando la presenza dell'operatore al domicilio può essere vissuta come naturale, e meno invasiva, al fine di evidenziare le caratteristiche relazionali interne alla famiglia, che dovrebbero mostrarsi in modo più spontaneo nei contesti di vita abituali.

Come suggerito dal gruppo bolognese «prima di procedere alla visita domiciliare è necessario preparare il nucleo familiare, e in particolare i bambini, introducendo loro il significato di tale momento» (Cheli *et al.* 2011, 23) e quando il clima relazionale lo consente, l'assistente sociale potrà concordare con i genitori le modalità con le quali presentare ai figli questo intervento, concordando modalità di preparazione che coinvolgano attivamente sia l'operatore che la famiglia.

All'arrivo a domicilio, qualora sia presente tutta la famiglia, sarebbe bene che l'operatore verificasse le informazioni che il minore ha ricevuto dai genitori, ricordandogli le motivazioni della sua presenza a casa della famiglia, interessante è poi osservare nello specifico i primi momenti dopo l'arrivo dell'assistente sociale, il minore potrebbe accogliere l'operatore da solo, assieme ai genitori, oppure nascondersi, defilarsi, arriva in un secondo momento, o cercare di attirare l'attenzione su di sé.

Nel caso in cui la visita domiciliare abbia la specifica finalità di conoscere e parlare con il minore potrebbe essere opportuno individuare un luogo destinato a tale momento, se possibile lasciando a lui la possibilità di sceglierlo, per aumentare la possibilità che si senta a suo agio e facilitare la conversazione.

Com'è noto, è importante comunicare all'utenza un atteggiamento rispettoso del loro spazio vitale familiare, lasciando, per quanto possibile, che siano le persone stesse a guidare la visita dell'operatore all'interno della loro abitazione.

Infine, la Guida Operativa pone particolare attenzione alla conclusione della visita domiciliare e al commiato, «che rappresentano momenti importanti in cui, sarebbe auspicabile offrire un rimando circa l'esito di quell'incontro ai presenti» (Cheli *et al.* 2011, 25) rimandando anche al minore l'effettiva comprensione di quanto ci è stato raccontato e delle informazioni ottenute dall'osservazione al domicilio, evidenziando come ciò sarà tenuto in considerazione.

9. La traccia operativa “Come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso”

Consapevoli della netta differenza tra l’ascolto del minore nei procedimenti giudiziari civili e penali (effettuato da personale specializzato nell’ascolto del minore per assumere decisioni in merito ad una ipotesi di reato e/o di pregiudizio su richiesta diretta dell’autorità giudiziaria) e il colloquio con il minore nelle fasi dell’intervento sociale volto a rilevare e valutare una possibile condizione di rischio per il suo sviluppo, gli operatori della provincia di Bologna hanno ritenuto opportuno inserire nella guida alla diagnosi sociale questo strumento, frutto di una riflessione riguardante una situazione che spesso gli stessi si sono trovati ad affrontare, poiché nel verificare la condizione familiare può succedere di incappare nella rivelazione spontanea di abuso da parte del minore, soprattutto se tra lo stesso e l’operatore si è creato un clima di fiducia.

Lo strumento si pone come una traccia che orienta i momenti di avvicinamento al minore, favorendo un clima accogliente, che permetta le eventuali rivelazioni solo attraverso la facilitazione di un racconto spontaneo. Particolare attenzione vien prestata alla fase conclusiva, in cui l’operatore dopo aver chiesto al bambino se abbia altro da aggiungere o se voglia porre delle domande da fare, riconoscere lo sforzo da lui compiuto, lo informa brevemente sugli sviluppi futuri rassicurandolo e conclude con argomenti neutri.

10. Le griglie di *assessment*

Questi due strumenti, mutuati dall’esperienza di due autrici contemporanee di teoria psico-sociale, sono stati pensati dal gruppo di lavoro bolognese per «l’organizzazione e “lettura” delle informazioni raccolte» una volta giunti in quella fase del processo valutativo in cui occorre fare una sintesi «che si esprimerà sotto la forma del parere professionale» (Cheli *et al.* 2011, 26).

10.1 Basi teoriche

I riferimenti teorici che sussistono all’utilizzo di queste griglie sono i modelli offerti da Di Blasio (2005) e Bertotti (2012), le quali propongono tali strumenti sintetici come elemento di sistematizzazione delle informazioni, all’interno di protocolli sperimentali per la tutela dei minori.

10.2 Finalità e scopi

La Griglia 1, contiene tutte le dimensioni classificate da Di Blasio e dal suo gruppo di ricerca ed è finalizzata alla rilevazione di i fattori di rischio (distali e prossimali) e di protezione. La lettura e l'analisi della griglia permette all'operatore sociale di visualizzare in modo immediato le caratteristiche individuate all'interno del nucleo familiare, in termini di fragilità e punti di forza, personali e relazionali.

La Griglia 2, proposta nella sua versione originale, mette in relazione fattori di rischio e di protezione (suddivisi in cinque aree tematiche) con i relativi indicatori. La finalità di questo strumento è quella di orientare l'operatore a compiere un ulteriore approfondimento delle informazioni raccolte, e a preparare la scrittura della relazione e della diagnosi sociale, attraverso quella che potremmo definire come una schematizzazione riflessiva, poiché oltre a riassumere i diversi elementi emersi nel corso dell'indagine e sociale richiede di esplicitare un'attribuzione valoriale, classificando su scale determinati comportamenti del genitore, per poi ricondurre i vari *items* ad un quadro complessivo

10.3 Utilizzo

Viste le differenti caratteristiche delle due griglie il gruppo provinciale ha ritenuto che per la completezza dell'iter di diagnosi sociale sarebbe opportuno che l'operatore sociale le compilasse entrambe, anche al fine di compiere una verifica sull'accuratezza della fase d'indagine «consentendo eventualmente di andare a riprendere e approfondire aree non trattate o poco esplorate» (Cheli *et al.* 2011, 26).

In riferimento alla Griglia 1 si osserva che avendo come finalità principale quella di esaminare la complessità del sistema familiare, con un focus di attenzione specifico sul minore, potrebbe essere utile compilare la scheda facendo riferimento alle diverse figure presenti all'interno della dimensione familiare esaminata. Ad esempio, pensando ad un nucleo formato dalla classica triade madre-padre-bambino, per ogni riga in cui sono elencate le caratteristiche personali è opportuno indicare la situazione del genitore singolarmente, ad esempio contrassegnando in modo diverso la madre (X) e il padre (O). Inoltre alla griglia è allegata una legenda che può essere consultata in caso d'incertezza sulla classificazione delle informazioni.

La Griglia 2, richiedendo non solo l'individuazione ma anche una attribuzione valoriale di alcuni comportamenti, che fungono da riferimento concreto per l'esplicitazione della presenza/assenza di fattori di rischio o di protezione, può essere utilizzata dall'operatore come riferimento nelle fasi precedenti del processo valutativo, in moda da orientare la raccolta dei dati attraverso la registrazione di elementi materiali, oggettivi e di eventi concreti, necessari nella diagnosi sociale.

Entrambi gli strumenti si denotano, oltre che per la capacità di raccogliere-riassumere e sistematizzare gli elementi raccolti durante l'indagine e il percorso di diagnosi sociale, per la possibilità offerta al sistema operatore-famiglia di formulare delle ipotesi, sulle modalità di funzionamento di quel nucleo, sulle caratteristiche relazionali, sulle cause del malessere e le possibilità di benessere, nonché «sui cambiamenti auspicabili nell'ottica della resilienza, stimolando cioè l'adattamento positivo degli individui pur in condizioni esistenziali avverse» (Cheli *et al.* 2011, 26).

11. La traccia per la stesura della relazione all'autorità giudiziaria

L'ultimo argomento preso in esame dal gruppo di lavoro bolognese è relativo alla forma che da dare al parere professionale, pertanto si è cercato di trovare uno strumento in grado «di indicare, schematicamente, come predisporre la relazione sociale per l'autorità giudiziaria» (Cheli *et al.* 2011, 27).

Dopo la fase di raccolta delle informazioni l'operatore deve esprimere il proprio parere valutativo, che consiste nella sintesi di tutto il materiale in suo possesso, esprimendo nella diagnosi sociale un motivato giudizio «in merito alla condizione di presunto rischio sociale del minore espresso su una scala del tipo benessere/rischio/danno, elaborata con riferimento ai fattori di rischio e di protezione e, quindi, a partire dal contenuto delle due griglie» (Cheli *et al.* 2011, 27).

Sullo specifico tema, sino a poco tempo fa non esisteva molto materiale scientifico nella letteratura sociale, e soprattutto nel panorama italiano, perciò le assistenti sociali della provincia di Bologna si sono impegnate attivamente per condurre riflessioni sulla propria esperienza professionale e recuperare l'esito di formazioni svolte sia in prima persona sia da colleghi di altri comuni.

Nel periodo immediatamente successivo il Garante per l'infanzia⁴ ha cercato di colmare il gap formativo inviando un format di relazione a tutti i servizi sociali della regione, con lo scopo di avviare una sperimentazione finalizzata al miglioramento delle comunicazioni tra operatori dei servizi territoriali e del tribunale. Tale *format*, poiché compatibile con le riflessioni svolte dal gruppo di lavoro coordinato dal Faro è stato subito recepito e adottato anche all'interno del progetto relativo alla valutazione della genitorialità e alla diagnosi sociale.

Lo schema proposto non è vincolante e permette di essere adattato alle varie situazioni, permettendo una flessibilità che garantisce una «presentazione formale della complessità del lavoro che è stato svolto durante il processo valutativo» (Ivi).

⁴ Per maggiori informazioni sulla figura istituzionale e il suo ruolo: www.garanteinfanzia.org/garanti-regionali

Per una lettura più fluida e chiara il gruppo ha ritenuto fosse utile suddividere la relazione sociale in paragrafi, ognuno dei quali con una propria intestazione, così da permettere al lettore di seguire il senso logico e cronologico con cui è stata scritta, «nonché di avere sezioni per così dire “autonome”, pur collegate tra loro, permettendone così anche una lettura di tipo selettivo» (Ivi).

Si consiglia di prestare particolare attenzione alla stesura alle conclusioni e delle proposte, poiché costituiscono le parti salienti del percorso, oggetto d'interesse diretto da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Per una massima condivisione delle ipotesi progettuali tra operatore e famiglia il gruppo provinciale ha deciso di prevedere, prima di inviare il parere valutativo all'Autorità Giudiziaria, sotto forma di relazione sociale, un colloquio di restituzione (salvo nei casi previsti dalla legge: segnalazione di ipotesi di reato come ad esempio nei casi di maltrattamento ed abuso). La comunicazione dell'esito della valutazione, anche se alcuni punti salienti saranno già stati trattati in colloqui precedenti ed elaborati durante le varie fasi dell'indagine, è stata pensata come un incontro di trama narrativa in cui la narrazione delle vicende familiari «dovrà il più possibile assumere le caratteristiche di una storia, evitando un linguaggio tecnico e specialistico» (Cheli *et al.* 2011, 28).

Tra le raccomandazioni che gli operatori hanno elaborato per la stesura della relazione e per la condivisione dei contenuti con il nucleo si rileva l'attenzione a:

- Ancorare il parere ai fatti, utilizzando gli esempi e gli episodi (gli indicatori della griglia) raccontati dalla famiglia e da altri osservatori attendibili;
- Focalizzare la restituzione sullo stato di benessere/malessere del minore evitando di connetterla in modo troppo diretto al comportamento del genitore;
- Concludere mettendo in luce, se possibile, gli aspetti e le evoluzioni positive;
- Coinvolgere i genitori chiedendo loro un'opinione sulla restituzione;
- Descrivere possibili proposte d'intervento e gli ipotetici scenari.

12. La sperimentazione degli strumenti di diagnosi sociale che ha portato alla ricerca

Il progetto fonda le sue radici in un evento dell'anno 2010, quando il centro specialistico provinciale “il Faro” ha organizzato un evento formativo avente per oggetto la valutazione dello stile genitoriale, al quale la sottoscritta ha partecipato in prima persona in qualità di assistente sociale. Da tale esperienza emerge la necessità, per gli operatori, di adottare metodi e strumenti per valutare le capacità parentali nei casi di minori a rischio psicosociale, al fine di sistematizzare e rendere organiche le pratiche di lavoro più consolidate, migliorandole e affinandole con quella specificità metodologica che la tematica della tutela minorile e della promozione della genitorialità, anche alla luce delle recenti riforme legislative, richiede.

Accogliendo le richieste e i bisogni che gli operatori avevano espresso al termine del percorso formativo “il Faro” ha quindi promosso un progetto volto a elaborare buone prassi professionali, definire un percorso condiviso, scientificamente fondato e confrontabile per la diagnosi sociale e l'*assessment* dei dati raccolti durante l'indagine sociale, per pervenire a un parere professionale qualificato. Si sono costituiti tre gruppi di lavoro in cui diversi operatori, suddivisi per praticità in base al criterio dell'appartenenza territoriale, hanno approfondito (dopo un primo periodo di formazione e conoscenza reciproca per uniformare il sapere dei vari partecipanti sul tema e ricondurlo ad un quadro concettuale e metodologico di riferimento attraverso la revisione delle principali fonti letterarie):

- La definizione di una scheda multidimensionale, individuando le specifiche aree da esplorare nel percorso di valutazione e proponendo modalità riflessive di indagine delle esperienze familiari;
- La conoscenza di strumenti di *screening* volti a esplorare il rischio psicosociale correlato a condizioni particolarmente sfavorevoli, come i maltrattamenti sui bambini;
- L'utilizzo di strumenti utili a effettuare la visita domiciliare e la conoscenza diretta dei minori da parte dell'assistente sociale.

Nel Marzo 2012 il progetto è stato presentato in un seminario rivolto agli operatori e ai responsabili dei servizi sociali del territorio provinciale, per condividerne gli obiettivi e raccogliere le adesioni alle fasi successive di lavoro, che prevedevano l'articolazione del progetto in due fasi: formazione all'uso degli strumenti, e sperimentazione degli stessi mediante una ricerca-azione che contemplava il coinvolgimento diretto sia degli operatori che di famiglie in carico ai servizi sociali. In tale sede erano state raccolte 45 richieste di iscrizione e partecipazione al progetto formativo/sperimentale, e visto il crescente interesse della sottoscritta per il progetto, si è concordata la mia partecipazione in qualità di dottoranda dell'Università di Bologna, al fine di collaborare alle attività di coordinamento del gruppo di lavoro e approfondire la conoscenza del progetto per poter poi effettuare una valutazione dello stesso, nella tesi dottorale.

Nel periodo tra il mese di aprile e il luglio 2012 ho quindi partecipato a diversi incontri di confronto tra gli operatori del gruppo di coordinamento del progetto per la definizione della cornice metodologica e dell'approccio di riferimento, finalizzati a organizzare le diverse fasi della ricerca-azione volta alla sperimentazione degli strumenti di diagnosi sociale e le metodologie analitiche da utilizzarsi (di tipo prevalentemente quantitativo attraverso l'utilizzo di questionari), i quali mi hanno inoltre premesso di definire il primo impianto metodologico di riferimento per la valutazione (di stampo qualitativo, attraverso interviste e analisi/studio di relazioni di servizio).

Tra settembre e dicembre 2012 si è dato avvio alla fase di formazione all'uso degli strumenti, che ha visto quarantacinque assistenti sociali iscritti e trentanove partecipanti. Il percorso si è articolato in trenta ore formative a carattere multidisciplinare di cui quattro incontri di carattere teorico, condotti prevalentemente alternando momenti di lezione frontale a esercitazioni pratiche e lavori di gruppo, e tre svolti con la metodologia del *role-playing*.

Nel corso di tale periodo è stato effettuato il *pre-testing* dei tre questionari elaborati come strumenti di analisi nel periodo di ricerca-azione (da sottoporre sia agli operatori che alle famiglie coinvolte nel progetto, in diverse fasi del percorso di valutazione: all'entrata, in itinere e a conclusione dell'iter di diagnosi sociale) quindi un gruppo di operatori ha provveduto alla somministrazione dei questionari ad una selezione di famiglie in carico ai Servizi Sociali, per valutare l'adottabilità degli strumenti.

La fase di sperimentazione degli strumenti, avvenuta tra gennaio e dicembre 2013 si è articolata in due *step* successivi:

- Selezione dei casi e avvio del percorso di ricerca-azione, svolto nel periodo Gennaio/Giugno 2013, in cui si sono effettuati tre incontri mensili di supervisione agli operatori, suddivisi in gruppi, finalizzati a sostenerli nella selezione di casi per la sperimentazione nonché a risolvere le problematiche connesse all'inizio del percorso e a risolvere eventuali dubbi emersi in questa prima fase di ricerca;
- Condivisione delle esperienze connesse alla sperimentazione, svolto nel periodo Settembre/Dicembre 2013, in cui si sono effettuati due incontri mensili di supervisione agli operatori, suddivisi in gruppi, finalizzati a condividere le metodologie adottate nel corso della ricerca-azione, anche attraverso lo studio dei casi concreti e l'analisi degli strumenti utilizzati, al fine di esplicitarne punti di forza e debolezza, potenziali sviluppi e criticità.

A conclusione del periodo di sperimentazione degli strumenti per la diagnosi sociale si sono inoltre svolti due incontri in plenaria, con tutti i trenta operatori partecipanti al progetto, di approfondimento su alcune tematiche relative all'uso degli strumenti e restituzione dei primi esiti della ricerca-azione, aperti anche ai responsabili di servizio, al fine di condividere il percorso svolto, in seguito ai quali si è concordato di proseguire la sperimentazione fino al mese di luglio 2014 per ampliare il numero di famiglie coinvolte nel progetto.

Se l'obiettivo della prima parte del progetto era relativo alla elaborazione di buone prassi professionali, volte a definire un percorso condiviso, scientificamente fondato e confrontabile per la diagnosi sociale e l'*assessment* dei dati raccolti durante l'indagine sociale, per pervenire a un parere professionale qualificato in merito alle capacità genitoriali, con il progetto di ricerca-azione si è tentato di verificare l'efficacia e la congenialità degli strumenti individuati dal gruppo di lavoro provinciale attraverso la loro

sperimentazione diretta, valutando gli esiti dell'applicazione, anche in confronto all'utilizzo di metodi tradizionali. Il progetto sperimentale intende verificare l'utilità di un approccio innovativo, esito di un lungo percorso di formazione e apprendimento, orientato ad accogliere famiglie con figli minorenni che vivono una temporanea difficoltà di tipo sociale, relazionale e legata ai compiti di cura genitoriali. Tale metodo di lavoro prevede l'attivazione di un percorso, attraverso colloqui e visite domiciliari, che ha i seguenti obiettivi: comprendere in modo approfondito la situazione di vita delle famiglie, metterne in luce non solo le temporanee fragilità ma anche le aree di forza, elaborare una diagnosi sociale qualificata e, quindi, progetti d'aiuto il più possibile rispondenti alle necessità reali attraverso l'utilizzo di strumenti specifici che abbiano un'attendibilità clinica e scientifica e che siano basati su un approccio *evidence based*, impostazione che potenzialmente consente di evitare errori di valutazione dovuti ad interpretazioni, riduzionismi e pregiudizi culturali sull'idea di genitore "buono" o "cattivo".

Dopo aver partecipato attivamente alla realizzazione di tutte le fasi del progetto, raccogliendo materiali utili alla sua analisi sia attraverso l'osservazione diretta delle dinamiche di gruppo sia tramite la trascrizione dei contenuti delle varie riunioni e dei diversi incontri di supervisione e formazione agli operatori, da sottoporre ad analisi con l'aiuto di software dedicati, obiettivo della ricerca dottorale sarà quindi l'analisi approfondita del progetto al fine di procedere alla sua valutazione.

Saranno esaminati i materiali quantitativi relativi alla somministrazione dei questionari (auto-compilati) a famiglie e operatori nelle varie fasi del percorso di diagnosi sociale, e materiali qualitativi raccolti nel corso delle varie fasi del progetto (materiali formativi, verbali delle riunioni, trascrizione degli incontri di supervisione) per analizzare nel dettaglio il percorso di ricerca-azione.

Inoltre, al fine di approfondire il punto di vista di utenti e operatori dei servizi sociali coinvolti nel progetto si sono svolte attraverso interviste semi-strutturate, importante occasione per ricostruire il vissuto soggettivo e personalizzato, basato sulla specifica esperienza individuale, consentendo a valle rispetto agli altri strumenti di ricerca (Altieri 2011) di spiegare e interpretare informazioni e dati provenienti da altre tecniche. Tale scelta metodologica risponde alla necessità di fornire un approfondimento qualitativo al punto di vista delle famiglie, espresso esclusivamente attraverso la compilazione del questionario, strumento per natura standardizzato, nonostante lo sforzo derivato dalla volontà di inserirvi anche item di carattere qualitativo, nonché per avvalorare gli assunti valutativi della ricerca.

Sempre con finalità valutativa di è proceduto all'analisi delle relazioni inviate dagli assistenti sociali all'autorità giudiziaria con finalità diagnostico/valutativa, analizzando i contenuti di dieci documenti redatti prima del progetto e dieci compresi nel periodo di ricerca-azione.

CAPITOLO QUINTO

La ricerca

Nel presente capitolo vengono approfonditi i principali passaggi metodologici che hanno portato alla costruzione degli strumenti utilizzati nella rilevazione empirica condotta nella provincia di Bologna, che ha visto l'utilizzo sia di metodi quantitativi sia qualitativi, con il fine ultimo di valutare il progetto sociale attivato sul territorio oggetto di studio.

In un primo momento si è ritenuto importante soffermarsi sulla definizione dell'oggetto della ricerca e sugli elementi di fondo più significativi del progetto originale di sperimentazione, come le modalità di definizione del gruppo di riferimento, gli strumenti che si ipotizzava di utilizzare per la rilevazione e le modalità della somministrazione. Successivamente è stata presa in esame la fase della ricerca preliminare che mi ha consentito di acquisire gli elementi conoscitivi necessari per la costruzione degli strumenti definitivi. Nell'ambito della ricerca preliminare sono stati individuati, e descritti analiticamente, cinque momenti fondamentali che definiscono la scansione temporale di questa fase della ricerca. I primi cinque momenti sono legati alla costruzione di tre differenti strumenti di rilevazione, somministrati, in tempi diversi a famiglie in carico ai servizi sociali e all'assistente sociale "responsabile del caso", nonché alla definizione dell'utilizzo di materiale di tipo qualitativo.

In dettaglio i tre strumenti analizzati sono: un primo questionario sulle aspettative e gli atteggiamenti al momento dell'inizio del percorso di diagnosi sociale, un secondo questionario centrato sulla specificità dei vari strumenti professionali utilizzati nel corso della valutazione ed un terzo volto a indagare la percezione di utenti ed operatori in fase conclusiva dell'iter. I restanti due aspetti fondamentali della ricerca preliminare, cui si è dedicata un'attenzione particolare sono: la costruzione di un fascicolo informativo contenente le informazioni più rilevanti del percorso formativo e progettuale che ha portato alla sperimentazione degli strumenti di diagnosi nel territorio provinciale, grazie a cui è stato possibile costruire le domande per le interviste semi-strutturate sottoposte, nel corso della ricerca, a un gruppo di utenti e operatori coinvolti nel progetto, un ciclo formativo rivolto agli assistenti sociali della provincia, finalizzato a raccogliere adesioni per la ricerca-azione dopo aver approfondito, attraverso la metodologia del *focus-group* lo stato dell'arte rispetto a metodi, tecniche e metodologie professionali del territorio oggetto d'indagine.

È importante sottolineare che i cinque momenti individuati ed analizzati, quanto alla fase della ricerca preliminare, sono, come è meglio esplicitato nel testo, tra loro strettamente correlati e interdipendenti e definiscono un vero e proprio "percorso a tappe" che ha consentito un progressivo approfondimento conoscitivo dell'oggetto della ricerca ed un affinamento delle opzioni metodologiche da seguire per la costruzione dei vari strumenti e la scelta delle diverse metodologie.

Infine l'ultima parte del capitolo è dedicata:

- Ad una indagine circa le informazioni qualitative reperite nel corso del ciclo di incontri condotto con gli operatori coinvolti nel progetto di ricerca-azione;
- Ad una descrizione del modo in cui sono state analizzate le relazioni inviate all'autorità giudiziaria, selezionate in modo casuale, per giungere ad un campione di venti testi, di cui una metà redatti secondo le metodologie sperimentate e una metà utilizzando altri canoni, facenti riferimento al periodo precedente la ricerca-azione.

1. Oggetto e obiettivi della ricerca: valutare un processo di valutazione

La ricerca-azione promossa dal centro specialistico "il Faro" è stata condotta su un campione di 32 assistenti sociali, aderenti su base volontaria, occupate nell'area minori del territorio provinciale. Il progetto ha il suo fulcro tematico, a livello di ipotesi di partenza, nel qualificare le pratiche professionali, con l'obiettivo di giungere ad un percorso di diagnosi sociale scientificamente fondato. In fase di ricerca non ci si è quindi proposti di analizzare in termini astratti e idealtipici le metodologie professionali di riferimento per gli operatori coinvolti, quanto piuttosto di formarli all'utilizzo di una serie di strumenti elaborati nelle fasi precedenti, e condurre un'analisi su un numero, sufficientemente ampio, di "casi concreti" costituito da nuclei familiari in carico ai servizi sociali. Dal momento che uno degli oggetti centrali della ricerca è dato dalla tematica della "presa in carico", è stato necessario circoscrivere l'area d'indagine per passare poi all'individuazione di quelle che dovevano essere le ipotesi teoriche e metodologica della ricerca. Si è pensato, fin dall'inizio, di non soffermarsi tanto sulle tappe che hanno caratterizzato l'esperienza familiare dei soggetti coinvolti quanto di focalizzare l'analisi principalmente sul percorso di diagnosi sociale in sé e per sé. Più precisamente l'ambito privilegiato d'analisi è stato individuato nel rapporto tra operatore ed utente, allo scopo di evidenziare pregi e difetti dell'utilizzo di strumenti professionali finalizzati alla diagnosi sociale. La scelta di non soffermarsi sui "trascorsi familiari" non significa comunque che, nell'individuare i passaggi fondamentali della ricerca, non si debba attribuire un'importanza fondamentale al fatto che tutti i soggetti coinvolti hanno un trascorso di difficoltà tale da aver portato ad una presa in carico da parte del servizio sociale.

I tradizionali canoni della ricerca sociologica, sia dal punto di vista teorico che metodologico, sono stati quindi rapportati e adeguati alla peculiarità dell'esperienza di presa in carico sociale, tenendo conto dei vissuti connessi all'ambito diagnostico e valutativo. Per questo motivo l'approccio alla ricerca (di tipo partecipato) si è sempre avvalso delle capacità analisi dei operatori che, a vario livello, si sono occupati di servizio sociale e che, spesso, hanno prestato la loro opera professionale nel settore della tutela minorile. Inoltre va sottolineato che l'analisi della letteratura sul tema aveva evidenziato l'esistenza di un numero molto limitato di studi empirici sulle metodologie di servizio sociale, condotti peraltro su un numero di casi e di variabili molto ristretto, e per lo più in territorio statunitense, dove il sistema di *Welfare*

si caratterizza per una impostazione tale da rendere veramente difficile la comparazione con la realtà italiana.

L'oggetto tematico dello studio dottorale, cioè l'analisi del percorso di valutazione della genitorialità recentemente delineato e sperimentato dai servizi sociali territoriali delle provincia di Bologna, pone un primo problema quanto ai criteri che debbano regolare la scelta del gruppo di soggetti da analizzare, anche in relazione alla possibilità di confronto con l'utilizzo di metodi tradizionali. Considerata la scarsa attitudine degli operatori sociali alla sperimentazione e alla ricerca, tenuto conto anche dell'impegno che comporta l'adesione ad un progetto di durata annuale (in tempi di tagli al personale socio-sanitario e riduzioni di organico dovute a mutati assetti organizzativi e necessità di contenere le spese) gli operatori coinvolti nella ricerca-azione sono stati selezionati su base volontaria e allo stesso modo i soggetti intervistati, assistenti sociali ed utenti, sono stati reclutati con la tecnica della *snow-ball* a partire da una dichiarata disponibilità al contatto da parte della ricercatrice.

L'ipotesi che sta alla base della presente ricerca viene da lontano, e nello specifico trova le sue radici nella formazione e nella pratica professionale della scrivente, assistente sociale presso un servizio territoriale della provincia di Bologna, impiegata nell'area funzionale minori e famiglie. Essa tende a ricomporre, dunque, in un ipotetico quadro concettuale, alcune considerazioni frutto della teoria sociologica da un lato, le risultanze empiriche derivate dalle principali teorie di servizio sociale dall'altro, e la pratica quotidiana derivata dall'esperienza lavorativa. Tali spunti di riflessione, amplificati dalla portata mediatica di alcuni eventi nazionali ed internazionali che avevano visto coinvolta la figura dell'assistente sociale, anche nel territorio bolognese (emblematico il caso del bimbo morto in data 5/11/2011 in Piazza Maggiore in cui l'operatrice sociale venne accusata di non aver dato risposte alla richiesta di aiuto dei familiari) hanno portato l'interesse della scrivente verso la tematica della valutazione di interventi e progetti sociali. Venuta a conoscenza del progetto provinciale avente come tematica la valutazione delle capacità genitoriali e la diagnosi sociale si è quindi sviluppato il presente progetto di ricerca, finalizzato alla valutazione dello stesso. Va da sé che questa valutazione, pur ponendosi l'obiettivo di effettuare un controllo dell'efficacia degli strumenti di valutazione delle cure genitoriali prodotti e sperimentati nel territorio provinciale ha avuto come scopo principale la validazione della loro attendibilità per riconoscerne le potenzialità, i punti di forza e di debolezza, rimane un'ipotesi di lavoro e come tale viene considerata.

Quello a cui ho inteso pervenire non è un giudizio ultimo sull'efficacia di questa specifica metodologia *tout-court*, ma piuttosto analizzare quelle che sono le condizioni che si vengono a determinare quando, nel percorso di presa in carico sociale, vengono introdotti strumenti specifici, metodologia chiara e altro coinvolgimento delle componenti relazionali del processo: operatori, familiari e rete sociale allargata.

Il secondo problema fondamentale che occorre affrontare nel progetto iniziale di ricerca-azione era costituito dalla scelta dello strumento di rilevazione che ci si prefiggeva di utilizzare. Vista l'entità del campione e le sue caratteristiche peculiari (eterogeneità della formazione e della esperienza professionale degli operatori coinvolti, varietà delle forme e degli assetti organizzativi dei diversi servizi sociali con inevitabili differenze nella tipologia e quantità di risorse...) si trattava di individuare uno strumento che consentisse la raccolta e la successiva comparazione dei dati attraverso procedimenti di analisi sia quantitativa che qualitativa. Nello stesso tempo, già dal progetto iniziale, era chiaro che l'oggetto della ricerca necessitava di uno strumento facilmente comprensibile e di immediata compilazione sia per gli operatori sia per gli utenti dei servizi sociali. Si è quindi deciso di utilizzare lo strumento del questionario, ipotizzando una compilazione diretta da parte dei soggetti coinvolti nella ricerca-azione.

La terza problematica affrontata nello svolgimento del progetto di ricerca dottorale è stata la delimitazione generale del campo d'analisi, in cui spesso accadeva di con-fondere la sperimentazione di strumenti per la diagnosi sociale, e quindi la ricerca-azione con la ricerca valutativa del progetto provinciale e gli strumenti di valutazione delle capacità genitoriali con gli strumenti di ricerca. Tale difficoltà ha reso necessaria una fase di ricerca preliminare, che si è rivelata, nel concreto, articolata complessa e che ha condotto, fermo restando il progetto iniziale, ad una formulazione per tappe successive dei criteri metodologici e tecnici su cui fondare la costruzione degli strumenti definitivi di ricerca e valutazione.

2. La metodologia della ricerca

Obiettivo prioritario della ricerca è dunque stato valutare un progetto sociale, finalizzato a delineare e sperimentare strumenti per la diagnosi sociale e la valutazione delle capacità genitoriali nel territorio della provincia di Bologna, attraverso l'utilizzo di materiali quanti-qualitativi derivati dalla sperimentazione stessa, nonché attraverso alcuni *focus* sul punto di vista diretto di utenti e operatori, ed un raffronto con le principali metodologie "classiche" di diagnosi sociale, condotto attraverso l'analisi delle relazioni inviate dal servizio sociale all'autorità giudiziaria.

Approfondire il punto di vista di utenti e operatori dei servizi sociali, appare oltremodo opportuno, pertanto si è previsto l'utilizzo di interviste semi-strutturate, che dovrebbero costituire una importante occasione per ricostruire il vissuto soggettivo e personalizzato, basato sulla specifica esperienza individuale, consentendo a valle rispetto agli altri strumenti di ricerca (Altieri 2011) di spiegare e interpretare informazioni e dati provenienti da altre tecniche. Tale scelta metodologica risponde alla necessità di fornire un approfondimento qualitativo al punto di vista delle famiglie, espresso esclusivamente attraverso la compilazione del questionario, strumento per natura standardizzato, nonostante lo sforzo derivato dalla volontà di inserirvi anche item di carattere qualitativo.

Sulla base di questi criteri di fondo, gli operatori coinvolti nel progetto sono stati un gruppo di 32 assistenti sociali distribuiti su tutto il territorio provinciale, a 10 dei quali sono state somministrate interviste semi-strutturate. Inoltre si sono intervistati anche 3 utenti dei servizi sociali, coinvolti in modo diretto nella sperimentazione, ai quali è stato chiesto di raccontare la propria esperienza personale rispetto all'utilizzo di strumenti specifici di diagnosi sociale da parte degli operatori, esplicitando tratti del rapporto sviluppato con l'assistente sociale e interventi delineati.

2.1 I passaggi della ricerca preliminare che hanno portato alla costruzione di tre questionari utilizzati per la rilevazione

È importante segnalare che, fin dall'inizio del progetto è stato considerato riduttivo affrontare la tematica della diagnosi sociale, e nello specifico della valutazione delle capacità genitoriali "solo" dal punto di vista del comportamento dei genitori nei confronti dei figli e delle condotte di vita socialmente rilevabili. Il gruppo promotore del progetto, anche in virtù delle esperienze che i singoli componenti avevano maturato nel campo della tutela minorile, riteneva che non si potesse dar per scontato che a determinati comportamenti sociali fossero, soprattutto nel caso di soggetti con esperienze infantili sfavorevoli alle spalle, associati determinati stati psichici, capaci di influire sullo stile genitoriale.

La riduzione di processi e dinamiche psichiche a condotte di vita sociale era quindi un passaggio che si è ritenuto opportuno evitare, per lasciare invece spazio maggiore alle componenti relazionali, che potevano assumere, nel corso della ricerca una rilevanza autonoma. Di qui la necessità di costruire strumenti in grado di poter rilevare al contempo le diverse dimensioni evidenziate senza cadere in una eccessiva medicalizzazione del problema familiare che comportasse una analisi della dimensione psichica del genitore più che ad un approfondimento sul lavoro sociale.

Si sono quindi costruiti alcuni questionari, sottoposti a *pre-testing* nel periodo da ottobre a dicembre dell'anno 2012, finalizzati a individuare le aspettative di operatori e famiglie all'inizio del percorso diagnostico, approfondire la visione rispetto ai vari strumenti di analisi delle capacità genitoriali utilizzati, nonché valutare in modo complessivo l'iter.

Obiettivo era quello di testare se gli indicatori individuati fossero in grado di individuare linee di tendenza proprie a gruppi di soggetti differenziati, in particolare si riteneva che la precedente presa in carico da parte del servizio sociale potesse influire sulle risposte degli intervistati e quindi esistesse una correlazione tra conoscenza pregressa del servizio e modalità di risposte selezionate dagli intervistati. Nel concreto gli indicatori utilizzati nel questionario sulle aspettative non hanno rivelato sufficiente capacità discriminatoria e, per quanto fossero riscontrabili alcune differenze tra i soggetti che per la prima volta prendevano contatto con il servizio sociale e coloro che risultavano in carico da lungo periodo, esse non risultavano tali da delineare vere e proprie linee di tendenza. Inoltre, anche indipendentemente dalla

lunghezza del periodo di presa in carico, era difficile individuare gruppi di soggetti differenziati in base alle risposte ottenute (per esempio in base alla motivazione della presa in carico) pertanto si è ritenuto di poter desumere una possibile applicazione degli strumenti a diverse situazioni in cui gli operatori sociali di trovano sovente a relazionarsi professionalmente. Se da una lato gli strumenti di diagnosi sociale che ci si accingeva a sperimentare parevano particolarmente adatti a rispondere alle richieste dell'autorità giudiziaria, sia quando fosse esplicita una necessità di valutazione delle capacità genitoriali, sia per indagini più generiche, dall'altro pareva possibile ipotizzare un loro utilizzo adeguato anche nel lavoro di relazione con nuclei familiari fragili, finalizzato sia a focalizzare il grado di tutela per i minori, sia a definire le ipotesi progettuali. È stata dunque elaborata una griglia dei criteri per la selezione delle famiglie da inserire nella sperimentazione degli strumenti per la diagnosi sociale delle cure parentali che cercasse di tener conto delle varie possibilità che nella pratica lavorativa gli assistenti sociali si trovano quotidianamente ad affrontare.

Inoltre gli intervistati durante questa prima somministrazione, avvenuta alla presenza della ricercatrice, hanno palesato una certa difficoltà a rispondere ad alcune domande, che sono state quindi riformulate al fine di rendere più comprensibile lo strumento e più immediata la compilazione, considerato che si ipotizzava, in fase sperimentale, di non prevedere la presenza di alcun operatore, richiedendo ai partecipanti di provvedere in autonomia a rispondere alle varie domande.

Da un punto di vista metodologico si è pensato di far compilare direttamente ai partecipanti alla sperimentazione i diversi questionari, mossi dalla convinzione che trattandosi di un progetto su base volontaria, fosse possibile ipotizzare un sufficiente grado di motivazione sia negli operatori che nelle famiglie coinvolte, per la compilazione dei diversi strumenti, a condizione che gli stessi fossero comprensibili e non richiedessero l'impiego di tempi eccessivi. Tale procedura di compilazione diretta poteva dare, a mio avviso, risultati migliori rispetto all'intervista diretta, fondamentalmente per due motivi: la finalità valutativa della ricerca, che talvolta può assumere una connotazione giudicante (anche per la scelta delle scale autoancoranti 0/10) poteva far sì che la presenza di un intervistatore creasse qualche tipo di imbarazzo e falsasse l'espressione delle impressioni personali, maggiormente tutelate dalla compilazione diretta e dalla consegna del questionario anonimo in busta chiusa; la delicatezza delle questioni, che i soggetti con ogni probabilità avrebbero toccando nelle loro esperienze di contatto con i servizi sociali per finalità diagnostiche relative alla genitorialità, rimandava a contenuti riflessivi che probabilmente rendevano necessario un approfondimento introspettivo per riuscire a tradurre la validità delle azioni e degli atteggiamenti professionali, in un valore numerico, senza la pressione di un intervistatore a cui dover dar e una risposta pressoché immediata.

A conclusione del periodo di *pre-testing*, in cui sono stati sperimentati gli strumenti metodologici su 20 casi, è stato possibile giungere all'elaborazione di tre questionari (auto somministrati, in diverse fasi del

percorso di valutazione delle capacità genitoriali: all'entrata, in itinere e a conclusione del percorso) per l'operatore e tre questionari (auto somministrati) per la famiglia, somministrati ad entrambi i genitori e al minore, separatamente, se tutti accettavano la partecipazione al progetto.

Le domande sono state costruite con il metodo della scale autoancoranti vale a dire chiedendo all'intervistato di esprimere la propria opinione collocandosi su un termometro a 11 possibilità (da 0 a 10) valutato come il criterio di più facile comprensione, considerato che richiama le modalità di valutazione tipiche del sistema scolastico italiano.

2.1.1 Il questionario 1, scheda di ingresso

Il primo strumento di rilevazione era articolato in 8 domande chiuse e suddiviso al suo interno in più parti, tre per quello dedicato ai famigliari e due per quello rivolto agli operatori.

La prima parte, costituita da una unica domanda, fungeva da introduzione al percorso e chiedeva di esprimere le proprie aspettative rispetto all'utilità dello stesso.

La seconda parte del questionario, per quanto riguarda lo strumento dedicato alle famiglie, comprende 2 domande relative alla percezione dello stato di bisogno, le quali richiedevano all'intervistato di valutare la problematicità familiare e la necessità di essere aiutati nella risoluzione della stessa.

Infine nella terza parte del questionario, che comprendeva 5 domande per le famiglie e 6 per gli operatori, venivano affrontate alcune tematiche generali riconducibili all'idea del ruolo del servizio sociale, richiedendo, rispetto all'immagine che il soggetto può avere delle diverse azioni che l'assistente sociale esercita nello svolgimento di un percorso di diagnosi sociale finalizzato alla valutazione delle competenze genitoriali, di esprimere le proprie aspettative.

La quarta domanda rivolta alle famiglie trova quindi il suo corrispettivo nella terza rivolta agli operatori, in cui si chiedeva rispettivamente di indicare quanto ci si aspettava di essere ascoltati e quanto il percorso avrebbe idealmente favorito la creazione di un clima di ascolto e fiducia.

Allo stesso modo la quinta e la sesta domanda rivolte alle famiglie trovano un corrispettivo nelle domande numero 2 e 4 rivolte agli operatori, riguardanti l'accoglienza e la possibilità di stimolare il racconto della storia familiare.

Alle ultime due domande del questionario rivolto alle famiglie corrispondono invece più quesiti dello strumento sottoposto agli operatori. Se agli utenti veniva chiesto genericamente di valutare le proprie aspettative rispetto a quanto si sarebbe ricevuto aiuto in una migliore comprensione della situazione, per gli operatori si è scelto di scorporare in tre item il concetto di comprensione. Considerate dunque le finalità del percorso, le domande richiedono quindi di valutare le aspettative rispetto alla possibilità di avere elementi che orientino verso tale meta: valutare la situazione della famiglia, elaborare la diagnosi sociale ed individuare ipotesi di intervento. Allo stesso modo la domanda riguardante la possibilità di

essere aiutati, per i familiari, a migliorare la situazione, è stata scorporata in due domande rivolte agli operatori, tese a valutare se l'aiuto possa essere concepito come condivisione della diagnosi e delle ipotesi progettuali tra utente e assistente sociale.

2.1.2 Il questionario 2, analisi degli strumenti

Nel secondo strumento di rilevazione approntato, si è cercato di identificare alcuni “temi guida” all'interno del percorso più ampio di diagnosi sociale, che fossero significativi per soggetti che si trovano a sperimentare il contatto con il servizio sociale relativamente ad un'area tanto delicata, intima e personale, quali sono le relazioni familiari e l'esercizio delle funzioni genitoriali nello specifico, che hanno portato ad una suddivisione in due blocchi distinti, pressoché identici, sia per quello dedicato ai familiari sia quello rivolto agli operatori.

Il questionario, articolato in 9 domande, è stato concepito per essere compilato, nel corso del percorso diagnostico, dopo la somministrazione di ogni singolo strumento di valutazione, al fine di permettere un approfondimento mirato, in itinere, su ogni “utensile” che il gruppo di lavoro bolognese aveva compreso nella propria “cassetta degli attrezzi professionali”.

Il primo blocco di domande, dalla 1 alla 5, era finalizzato ad indagare la percezione della relazione tra operatore ed utente, veicolata dall'utilizzo degli strumenti diagnostici, quindi chiedeva di esprimere una valutazione rispetto alla sensazione di ascolto, sostegno, giudizio, accoglienza e comprensione.

La seconda batteria di domande, invece, era relativa alla sensazione di utilità delle attività che costituiscono il percorso di valutazione, quindi di chiedeva di esprimere un giudizio relativamente alle stesse, sollecitando i familiari a verificare quanto fossero stati aiutati a chiarire la situazione, comprendere meglio il punto di vista degli altri componenti del nucleo e vedere punti di forze e di debolezza della loro famiglia. Il questionario rivolto agli operatori, nella seconda parte, richiamava la medesima tematica, tuttavia si è scelto (sollecitati da quanto emerso nel *pre-testing*) di utilizzare una terminologia legata ai principi di servizio sociale “traducendo” così la chiarezza sulla situazione familiare in raccolta delle informazioni, la comprensione del punto di vista altrui in sostegno alla relazione di aiuto ed introducendo il concetto di valutazione della situazione familiare, fine ultimo di tutto il percorso.

Considerato che l'intero percorso sperimentale si fonda sul coinvolgimento diretto del minore nel percorso di conoscenza e approfondimento sulle dinamiche familiari finalizzato alla diagnosi, si è ritenuto opportuno, prevedere anche uno strumento da sottoporre anche ai minori, a partire dall'età scolare, che riprendeva alcune delle domande sottoposte ai genitori, considerate comprensibili anche ai bambini, e scelte sotto la supervisione attenta di una psicologa e psicoterapeuta infantile, specializzata sui temi dell'ascolto del minore.

2.1.3 Il questionario 3, conclusione percorso

Il terzo strumento di rilevazione approntato si prefiggeva di ricostruire, a conclusione del percorso diagnostico, l'esperienza di operatori e familiari, chiedendo loro di valutarla in modo complessivo, tenendo conto delle risultanze dei due questionari precedenti e richiamando, nello specifico, il primo strumento, relativo alle aspettative, poiché convinti che dal confronto tra i risultati potessero emergere elementi di interesse.

Richiamando la struttura del primo questionario lo strumento è stato articolato in 10 domande chiuse e suddiviso al suo interno in più parti, tre per quello dedicato ai famigliari e due per quello rivolto agli operatori.

La prima parte, costituita da una unica domanda, richiamava in modo diretto il questionario di ingresso e chiedeva di esprimere un parere rispetto all'utilità del percorso.

La seconda parte del questionario, comprende 2 domande relative alla percezione di ascolto e accoglienza, concetti rispetto al quale erano state valutate ex-ante le aspettative,

Nella terza parte del questionario, che comprendeva 6 domande, seppur articolate diversamente per le famiglie e gli operatori, venivano affrontate alcune delle tematiche generali riconducibili all'idea del ruolo del servizio sociale trattate nel primo strumento, relative al sostegno, alla comprensione, alla possibilità di stimolare il racconto della storia familiare, di elaborare la diagnosi sociale ed individuare ipotesi di intervento condivise tra utente e assistente sociale e giudicate efficaci dalla famiglia.

L'ultima domanda, conclusiva, richiede una valutazione complessiva della relazione di aiuto.

2.2 La costruzione di un fascicolo informativo contenente le informazioni più rilevanti del percorso formativo e progettuale che ha portato alla sperimentazione degli strumenti di diagnosi nel territorio provinciale

Nell'ambito della ricerca preliminare le informazioni che sono state raccolte, riguardanti il progetto provinciale, le sue idee di fondo, le finalità e gli assunti teorici che lo hanno mosso, a partire dalla prima esperienza formativa, hanno rivestito una importanza cruciale soprattutto per la costruzione delle domande per le interviste semi-strutturate sottoposte, nel corso della ricerca, a un gruppo di utenti e operatori coinvolti nel progetto.

Dagli atti del progetto, costituiti sia dalla guida contenente gli strumenti di diagnosi, sia dai vari documenti programmatici quali lettere inviate ai responsabili dei servizi sociali per la diffusione dell'iniziativa e l'adesione degli operatori, presentazioni elaborate in occasione di eventi formativi nonché verbali delle riunioni del gruppo di lavoro che ha portato avanti l'idea della sperimentazione, si

sono messi a fuoco i punti salienti che si sarebbero voluti sviluppare per la costruzione delle interviste, inerenti a dieci aree tematiche principali:

1. Vissuto degli operatori rispetto al ruolo professionale e alle necessità connesse: contenere il senso di solitudine del professionista in un ambito così complesso e denso di responsabilità quale la valutazione delle capacità genitoriali, sostenere l'intervento «dell'assistente sociale neoassunto, troppo spesso “buttato in mare” senza alcun salvagente» (Cheli *et al.* 2011,10), favorire il confronto e lo scambio di esperienze tra i professionisti e “rinfoltire la cassetta degli attrezzi professionali” valorizzando l'esperienza acquisita (Ibidem);
2. Bisogno degli operatori di disporre di strumenti professionali e professionalizzanti specifici e confrontabili al fine di garantire una buona qualità degli interventi e qualificare il loro contributo di assistenti sociali nel lavoro interdisciplinare e con l'autorità giudiziaria;
3. Affrontare in modo adeguato un fenomeno in diffusione, seppure sommerso, come il maltrattamento, che richiede l'adozione di adeguati strumenti per esplorare eventuali condizioni di rischio, consapevoli che le esperienze sfavorevoli infantili influenzino lo stile genitoriale adulto
4. Approfondire come eventi di natura traumatica, nella vita degli adulti, incidano sulle funzioni genitoriali
5. Favorire la conoscenza diretta del minore da parte dell'assistente sociale, anche attraverso approfondimenti necessari al lavoro sociale sul bambino e sulle sue fasi di sviluppo
6. Evitare il rischio che “la soggettività dell'operatore comprometta l'esito della valutazione” (Galli e De Giorgis 2010);
7. Necessità di fondare la valutazione del rischio psicosociale e conseguentemente della possibilità di ripristinare condizioni di cure “sufficientemente buone” e, quindi, di maggior benessere nell'ambiente di vita del minore, su di un percorso che abbia aree d'indagine, tempi, metodologie e strumenti specifici e confrontabili;
8. Evitare che l'intervento di valutazione si appiattisca in giudizio, anziché esprimersi come occasione di riflessione, elaborazione e quindi di cambiamento del funzionamento nello stile di cura parentale;
9. Livello di soddisfazione della famiglia e dell'operatore rispetto agli interventi di servizio sociale e, nello specifico all'iter di diagnosi sociale, con un focus d'attenzione rivolto a: capacità di accogliere e clima empatico, capacità di comprendere e fare emergere la storia familiare, creazione di una relazione di fiducia e senso generale di efficacia;
10. Esiti dell'intervento, valutati rispetto al grado di adesione al percorso, alla presenza di elementi predittori di cambiamento e fiducia della famiglia, senso di auto-efficacia professionale nonché elaborazione di un progetto di intervento condiviso tra il nucleo e gli operatori sociali.

Come si evince dall'elencazione delle principali aree tematiche da sviluppare nelle interviste, il problema del rapporto che il soggetto aveva instaurato con l'assistente sociale, come si è sviluppato dal momento della prima conoscenza sino alla conclusione dell'iter di diagnosi sociale, rappresentava il fulcro della traccia proposta. Tuttavia lo schema di riferimento che si è elaborato per la conduzione dei colloqui con gli operatori e i familiari aderenti alla ricerca prevedeva anche riferimenti alle esperienze precedenti la sperimentazione e alle aspettative rispetto alla stessa, con riferimenti all'immagine che avevano della conclusione del percorso. In questo modo ci si proponeva di raccogliere notizie importanti per i tre momenti di rilevazione che erano stati indagati con i questionari (in entrata, in itinere e a conclusione dell'iter diagnostico) in modo da rendere le informazioni raccolte con le diverse metodologie, confrontabili tra loro.

2.2.1 Lo schema per le interviste ai familiari

Le interviste semi-strutturate somministrate a un gruppo di familiari partecipanti alla ricerca, i quali hanno spontaneamente aderito alla proposta di raccontare in prima persona l'esperienza personale di contatto con il servizio sociale e di presa in carico con finalità diagnostiche relative allo stile genitoriale, sono state suddivise in tre blocchi, ognuno dei quali finalizzato ad approfondire un diverso aspetto: la situazione familiare, con un focus di attenzione specifico verso le motivazioni che avevano portato alla presa in carico, volto ad indagare anche la loro percezione rispetto ad un eventuale stato di difficoltà familiare; il percorso di valutazione vero e proprio, con riferimenti specifici ai diversi strumenti; alcuni concetti chiave per l'intero percorso di sperimentazione, rispetto ai quali sembrava importante cercare di capire la concezione dei diretti interessati.

Rispetto alla situazione familiare si sono cercate di approfondire le seguenti aree:

- Motivazioni che hanno portato al rapporto con i servizi sociali e alla proposta di iter di valutazione delle capacità genitoriali, cercando di evidenziare il ruolo del professionista e dell'istituzione. Si è cercato di sollecitare l'emergere della percezione dell'utente rispetto ad una eventuale situazione di difficoltà familiare e alla finalità e utilità dell'intervento del servizio sociale, cercando, per quanto possibile, di condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di entrata nel percorso, che chiedevano di valutare "Quanto pensi: che questo percorso sarà utile per te...che nella tua famiglia ci siano dei problemi...di aver bisogno di aiuto?" e "Quanto pensi: che sarai aiutato a raccontare la tua storia familiare... che sarai aiutato a comprendere meglio la tua situazione... che sarai aiutato a migliorare la tua situazione familiare?". L'espressione del punto di vista dell'utente è stata sempre sollecitata anche attraverso lo stimolo a narrare esempi concreti tratti dall'esperienza di sperimentazione;

- Precedenti esperienze di rapporto con i servizi sociali ed eventuale confronto con l'esperienza attuale. Si è cercato di indagare le aspettative dei familiari al momento del contatto con l'istituzione, quali paure, pregiudizi, aspettative e come queste si siano concretizzate o meno, nonché il rapporto con l'operatore sociale
- Coinvolgimento del minore e dell'altro genitore nell'iter diagnostico. Si è cercato di far emergere sia il punto di vista del genitore rispetto al coinvolgimento dei figli sia il punto di vista del minore, dove possibile, richiedendo al genitore di narrare ciò che il bambino/a aveva raccontato delle attività svolte con l'assistente sociale, nonché di esprimere il proprio parere diretto ed il proprio vissuto.

Inoltre tenuto conto dell'elevato numero di casi in carico per difficoltà di relazione tra i genitori è sembrato opportuno approfondire, almeno in parte, la storia familiare e il tipo di coinvolgimento delle parti, cercando di individuare le "strategie" adottate dagli operatori per la gestione di queste problematiche e la percezione dei familiari rispetto allo svolgimento di colloqui congiunti o separati (e motivazione percepita di tale scelta), alla restituzione e agli esiti dell'iter diagnostico.

In relazione al percorso di valutazione vero e proprio si è sollecitata la riflessione relativamente a:

- Punto di vista diretto dell'utente e i suoi vissuti, cercando di chiarire quale percezione ha avuto, rispetto alla costruzione di un percorso individuale o standardizzato, ai feedback, al suo essere partecipe o protagonista
- L'utilizzo degli strumenti di valutazione della genitorialità. Dopo aver verificato se qualche strumento venisse ricordato in modo particolare dai partecipanti alla ricerca, approfondendo per quanto possibile le quali sono le motivazioni, si è cercato di far emergere l'esperienza diretta, il vissuto della somministrazione e della restituzione, e la percezione rispetto alla finalità e all'utilità, anche attraverso il richiamo ad alcuni item contenuti nei questionari
- Utilità del percorso e chiarezza degli scopi diagnostici. Si è cercato di condurre la riflessione richiamando gli item del questionario di conclusione del percorso, che chiedeva di valutare "Quanto pensi: di essere stato ascoltato durante tutto il percorso... che sia stato accolto il tuo punto di vista... di essere stato aiutato/sostenuto?" e "Quanto pensi che questo percorso ti abbia permesso di: raccontare la tua storia familiare... chiarire la tua situazione familiare... costruire insieme all'assistente sociale una nuova lettura delle tue vicende familiari... partecipare alla costruzione delle ipotesi di intervento?"

Riprendendo i concetti chiave del percorso di sperimentazione, evidenziati anche in diversi item dei questionari somministrati ai minori e ai loro familiari, si è cercato di sollecitare l'emergere della concezione personale di alcuni termini nonché la percezione in relazione all'esperienza concreta, facilitando il racconto attraverso l'utilizzo di esempi relativi alle nozioni di: ascolto, sostegno, giudizio,

accoglienza e relazione di aiuto. Inoltre si è ritenuto opportuno approfondire il tema dell'assistenza, con alcune domane volte a sondare se l'iter di valutazione fosse, nell'opinione dei familiari, servito ad individuare degli interventi successivi. Si è dunque chiesto di descrivere e raccontare l'esperienza diretta degli intervistati, spiegando quanto gli stessi avessero trovato le proposte individuate in collaborazione con gli operatori sociali, adatte e capaci di produrre miglioramenti nella situazione familiare.

2.2.2 Lo schema per le interviste agli operatori

Analogamente a quanto descritto relativamente alle interviste semi-strutturate rivolte agli utenti, allo stesso modo si sono costruite le tracce per la somministrazione a un gruppo di assistenti sociali partecipanti alla ricerca, suddivise in tre blocchi, ognuno dei quali finalizzato ad approfondire un diverso aspetto: le aspettative e l'atteggiamento verso la sperimentazione, con un focus di attenzione specifico verso le motivazioni che avevano portato all'adesione al progetto nonché alla percezione sociale del ruolo professionale e alle metodologie di riferimento nelle pratiche quotidiane di lavoro; il percorso di valutazione degli stili genitoriali, con riferimenti specifici ai diversi strumenti; alcuni concetti chiave per l'intero percorso di sperimentazione.

Per quanto concerne le aspettative e l'atteggiamento degli intervistati verso la sperimentazione si è cercato di approfondire:

- Le motivazioni che hanno supportato la partecipazione al progetto, cercando di sollecitare l'emergere della percezione dell'operatore rispetto ad una eventuale situazione di difficoltà professionale e alla finalità e utilità del percorso. Si è cercato di condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di entrata nel percorso, che chiedevano di valutare "Quanto pensi che questo percorso ti sarà utile... che favorirà l'accoglienza della famiglia?" nonché sollecitando i partecipanti a scegliere tra gli item relativi alle aspettative quelli che meglio descrivevano il proprio stato d'animo nell'approcciarsi al percorso
- Quale è stato, secondo l'esperienza professionale e personale dell'intervistato, il ruolo del servizio sociale storicamente e quale l'immagine sociale dell'assistente sociale, a partire dal racconto del proprio vissuto a tal proposito, anche in riferimento ad episodi specifici
- Quali erano le metodologie professionali di riferimento degli operatori prima di partecipare a questo percorso formativo e sperimentale, se possibile approfondendo il tema attraverso la narrazione di esempi concreti e riferimenti a casi condotti

In merito al percorso di valutazione si è sollecitata una riflessione analoga a quella condotta con i familiari, che verte sui seguenti temi:

- Punto di vista diretto dell'operatore e i suoi vissuti, personali e professionali, cercando di chiarire quale percezione ha avuto, rispetto alla costruzione di un percorso individuale o standardizzato, ai feedback, al rendere partecipe o protagonista l'utente
- L'utilizzo degli strumenti di valutazione della genitorialità. Dopo aver verificato se qualche strumento venisse ricordato in modo particolare dai partecipanti alla ricerca, approfondendo per quanto possibile le quali sono le motivazioni, si è cercato di far emergere l'esperienza diretta, il vissuto della somministrazione e della restituzione, e la percezione rispetto alla finalità e all'utilità, anche attraverso il richiamo ad alcuni item contenuti nei questionari
- Utilità del percorso e chiarezza degli scopi diagnostici. Si è cercato di condurre la riflessione richiamando gli item del questionario di conclusione del percorso, che chiedeva di valutare "Quanto pensi che lo strumento ti abbia aiutato a: raccogliere le informazioni... far emergere i punti di forza/debolezza della famiglia ...valutare la situazione familiare ...sostenere la relazione di aiuto?"
- Coinvolgimento dei minori nel percorso diagnostico. Si è cercato di sollecitare la narrazione di tale esperienza, per fare emergere non solo le attività svolte con i bambini, ma anche il vissuto degli operatori rispetto al rapporto con i più piccoli, indagando anche i possibili rimandi ottenuti dalla famiglia in merito nonché il coinvolgimento di altri operatori nell'iter.

Anche l'intervista agli operatori ha previsto una sezione dedicata ad alcuni concetti chiave e punti di vista quali:

- Ascolto, con riferimenti sia al significato del termine sia alle metodologie professionali e alle pratiche utilizzate dall'assistente sociale per facilitare l'ascolto e far sentire ascoltata o non ascoltata una persona
- Sostegno
- Giudizio. Tentando di approfondire il valore/disvalore professionale di questo termine
- Accoglienza, con riferimenti specifici agli item del questionario in cui si chiedeva all'operatore di valutare "quanto ti sembra: di aver accolto le rappresentazioni dei vari membri familiari... di aver favorito la narrazione della storia familiare... di aver condiviso con la famiglia una nuova lettura delle vicende familiari?"
- Assistenza. Si sono poste diverse domande volte a sondare se l'iter di valutazione fosse, nell'opinione degli operatori, servito ad individuare degli interventi successivi. Si è dunque chiesto di descrivere e raccontare l'esperienza diretta degli intervistati, spiegando non solo le azioni professionali, ma anche le situazioni familiari, in cui erano state sperimentate, al fine di

valutare quanto le stesse fossero percepite come adatte e capaci di produrre miglioramenti nella situazione familiare

- Relazione d'aiuto. Si è chiesto agli intervistati di spiegare il significato di questo termine, anche attraverso l'utilizzo di alcuni esempi, esplicitando inoltre i criteri utilizzati per compilare il questionario, nel momento in cui si chiedeva di valutare proprio questa "relazione d'aiuto".

2.3 Ciclo formativo rivolto agli assistenti sociali della provincia

Come già descritto, il progetto sperimentale si è costituito a seguito di un evento formativo tenuto dal centro specialistico provinciale "Il faro" di Bologna sul tema della valutazione delle capacità genitoriali, che aveva portato alla realizzazione di una guida, in cui un gruppo volontario di assistenti sociali aveva individuato alcuni strumenti professionali volti a facilitare l'espletamento di tale funzione. Nel Marzo dell'anno 2012: sono stati presentati detti strumenti di valutazione delle cure parentali in occasione di un seminario rivolto agli operatori di tutta la provincia, per condividere a livello istituzionale il progetto e raccogliere le adesioni alle fasi successive di lavoro, poiché si era cominciato a pensare all'ipotesi di una sperimentazione degli stessi.

Nel periodo da maggio a dicembre 2012, dunque, è stata avviata una formazione agli operatori, finalizzato a raccogliere adesioni per la ricerca-azione dopo aver approfondito, attraverso la metodologia del *focus-group* lo stato dell'arte rispetto a metodi, tecniche e metodologie professionali del territorio oggetto d'indagine, dal quale emergeva una forte motivazione degli operatori a sperimentarsi su un approccio innovativo, esito di un lungo percorso di formazione e apprendimento, orientato ad accogliere famiglie con figli minorenni che vivono una temporanea difficoltà di tipo sociale, relazionale e legata ai compiti di cura genitoriali. Tale metodo di lavoro prevede l'attivazione di un percorso, attraverso colloqui e visite domiciliari, che ha i seguenti obiettivi: comprendere in modo approfondito la situazione di vita delle famiglie, metterne in luce non solo le temporanee fragilità ma anche le aree di forza, elaborare una diagnosi sociale qualificata e, quindi, progetti d'aiuto il più possibile rispondenti alle necessità reali attraverso l'utilizzo di strumenti specifici che abbiano un'attendibilità clinica e scientifica e che siano basati su un approccio *evidence based*, impostazione che potenzialmente consente di evitare errori di valutazione dovuti ad interpretazioni, riduzionismi e pregiudizi culturali sull'idea di "genitore buono o cattivo".

Il percorso si è articolato in 30 ore formative a carattere multidisciplinare, che hanno coinvolto, oltre alla scrivente, incaricata di curare la preparazione della ricerca-azione, docenti quali Mariagnese Cheli e Cosimo Ricciutello de "Il Faro", Tiziana Mori del Comune di Bologna e Francesca Mantovani, docente di Metodi e Tecniche del Servizio Sociale dell'Università di Bologna.

In un primo momento erano state raccolte 45 richieste di iscrizione e partecipazione al progetto sperimentale, tuttavia i partecipanti effettivi a questi primi incontri si sono ridotti a 39, vedendo coinvolto almeno un operatore per ogni realtà territoriale della provincia.

Le tematiche trattate nel corso di questo ciclo formativo hanno riguardato sia l'utilizzo degli strumenti di diagnosi elaborati dal gruppo provinciale, sia i metodi e le tecniche individuati per lo sviluppo e l'implementazione del progetto di ricerca-azione, con metodologie che alternavano brevi momenti di didattica frontale ad altri in cui la partecipazione degli assistenti sociali veniva sollecitata attraverso l'utilizzo di strategie più interattive quali lavori di gruppo, *role-playing*, discussioni in plenaria e *focus-group*; i temi sviluppati sono stati fundamentalmente i seguenti:

- Gli strumenti di valutazione, con articolazione della giornata formativa che prevedeva una breve introduzione sui principali aspetti teorici e metodologici degli strumenti, la presentazione di un caso pratico e lo svolgimento di un lavoro in sottogruppi sul tema “come impostare il lavoro di percorso di valutazione” che fungeva da esercitazione pratica sull'uso degli strumenti, e a conclusione discussione plenaria
- Gli aspetti relazionali, in cui dopo una breve introduzione sul tema “Consapevolezza e riflessività nell'uso relazionale degli strumenti di valutazione” è seguita una esercitazione in sottogruppi condotta con la metodologia del *role-playing*, finalizzata a permettere ai partecipanti di sperimentarsi nell'utilizzo di griglie relative agli stili relazionali. In conclusione si è sollecitata la restituzione del lavoro in sottogruppi in plenaria, che ha permesso un approfondimento degli aspetti concettuali trattati al mattino
- L'approccio con il minore: il colloquio. Dopo una mattinata in cui il dott. Cosimo Ricciutello, neuropsichiatra Infantile, ha tenuto una lezione sul tema, si sono sollecitati gli assistenti sociali a individuare punti di forza e debolezza del lavoro con i bambini, attraverso un lavoro in sottogruppi seguito da discussione plenaria
- Presentazione della ricerca, strumenti e metodo. Con l'intervento della professoressa Francesca Mantovani si è illustrato il programma della ricerca, e definito il quadro metodologico di riferimento, chiedendo ai partecipanti il proprio impegno concreto nella realizzazione del progetto
- *Role-playing*. Su richiesta diretta dei partecipanti due intere giornate sono state dedicate a simulare occasioni professionali con la metodologia del gioco di ruolo, relativo alla somministrazione degli strumenti diagnostici e di ricerca.
- Avvio della ricerca: presentazione dei criteri di selezione dei casi e di illustrazione della fase di sperimentazione ricerca e lavoro in sottogruppi per la costruzione della lettera di consenso concluso con una riflessione in plenaria e dibattito.

I materiali raccolti nel corso di questo ciclo formativo hanno fornito spunti di riflessione importanti per la successiva conduzione delle interviste sottoposte a utenti ed operatori del servizio sociale, evidenziando alcuni aspetti ritenuti rilevanti per l'elaborazione dei materiali di ricerca di tipo qualitativo, afferenti soprattutto alle dimensioni emotivo-relazionali della professione, alla difficoltà di reperire strumenti di lavoro capaci di rafforzare la professionalità degli assistenti sociali (con conseguente investimento a livello di aspettative sul progetto in corso) e all'innovatività e importanza del rapporto diretto tra assistente sociale e minore.

2.4. Ciclo di incontri condotto con gli operatori coinvolti nel progetto di ricerca-azione

Nel corso dell'anno 2013 si sono svolti incontri mensili supervisione agli operatori aderenti alla ricerca, suddivisi in gruppi, con trascrizione dei contenuti per poter procedere all'analisi degli stessi con software appropriati (3 incontri mensili da gennaio a luglio, 2 incontri mensili da settembre a dicembre). Il percorso si è articolato in 75 ore di supervisione sulla casistica, condotti in sotto-gruppi, e 2 incontri in plenaria, di approfondimento su alcune tematiche relative all'uso degli strumenti e restituzione del progetto.

Anche in questo caso si sono registrate alcune defezioni, e i partecipanti effettivi al progetto sono risultati 32 operatori. Le motivazioni riportate al momento dell'abbandono riguardano principalmente maternità o malattie e *turnover* di operatori, che solo raramente sono stati sostituiti. Inoltre, in qualche caso, il progetto è stato ritenuto inconciliabile con il carico di lavoro, pertanto è emersa una certa difficoltà dei servizi a garantire partecipazione a un percorso lungo e impegnativo; solo in rarissime occasioni, del tutto sporadiche, è emersa una motivazione insufficiente.

Le tematiche trattate nel corso degli incontri con gli operatori hanno seguito il progredire del progetto di ricerca-azione, quindi in fase iniziale sono stati finalizzati a selezionare i nuclei familiari ai quali proporre la partecipazione, è seguito poi un periodo di consolidamento dell'utilizzo degli strumenti, in cui gli operatori di fatto si confrontavano sulle proprie esperienze dirette, richiedendo ai facilitatori ed al gruppo consigli e suggerimenti relativi sia alla gestione dei casi, sia alla somministrazione di strumenti diagnostici e di ricerca, considerato che gli stessi avevano iniziato consegnare i questionari relativi al percorso alle famiglie coinvolte e a compilare i questionari (auto-somministrati) relativi alla propria attività professionale, per concludere con una fase finale in cui si è cercato di sollecitare il confronto tra i partecipanti a partire da studi di caso relativi alla sperimentazione.

La raccolta ed elaborazione del materiale relativo a questo ciclo di incontri, condotti principalmente con metodologie afferenti alle tecniche di *focus-group* ha permesso un approfondimento qualitativo dei temi di ricerca, consentendo di arricchire i temi proposti dai questionari con le esperienze dirette degli operatori

che hanno partecipato attivamente alla ricerca-azione. In particolare si è rilevato l'emergere della dimensione emotivo-relazionale, che ha occupato una quota rilevante degli incontri, poiché gli operatori sovente hanno espresso il bisogno di confrontarsi sia sui propri vissuti personali, esprimendo sia i sentimenti e le sensazioni provate nel contatto con l'utenza al momento dell'utilizzo degli strumenti diagnostici, sia i rimandi ricevuti proprio dai minori e dai loro familiari, che implicano un forte coinvolgimento emotivo.

2.5 Analisi delle relazioni inviate all'autorità giudiziaria

Non essendo possibile, nel caso bolognese, selezionare un gruppo di sperimentazione ed uno di controllo, per valutare gli esiti dell'impiego delle metodologie di valutazione della genitorialità, si è scelto di utilizzare l'analisi di uno dei principali strumenti professionali dell'assistente sociale, la relazione sociale inviata all'autorità giudiziaria, per rilevare eventuali differenze tra i testi redatti secondo le metodologie sperimentate e quelli facenti riferimento al periodo precedente la ricerca-azione.

Consapevoli che la relazione sociale si configura come uno strumento riassuntivo dell'attività svolta dal servizio sociale, chiamato a descrivere il progetto socio-educativo concordato con il nucleo familiare, evidenziando eventuali situazioni di pregiudizio per i minori, si è ritenuto che l'analisi del testo e del contenuto, elaborata con un *software* dedicato, potesse far emergere spunti di riflessione importanti, capaci di evidenziare le qualità delle diverse tipologie di relazione.

Si sono selezionate, in modo casuale, 20 relazioni sociali, per giungere ad un campione di testi redatti per metà secondo le metodologie sperimentate e per metà utilizzando altri metodi e tecniche, secondo canoni "classici".

3. Tempi e modi della rilevazione

Tempi e metodi della rilevazione sono stati pensati a partire da alcuni presupposti di fondo:

- I soggetti che costituivano il gruppo degli utenti potenziali erano distribuiti su tutto il territorio provinciale;
- Uno degli strumenti utilizzati, ovvero la serie di questionari (in entrata, in itinere e a conclusione dell'iter di diagnosi sociale) richiedeva che la compilazione avvenisse senza la presenza e il controllo dell'intervistatore, per consentire ai partecipanti di esprimersi in massima libertà ed esprimere sinceramente il proprio parere nel valutare la situazione;
- La delicatezza dei temi trattati e l'articolazione delle metodologie adottate, che prevedono l'intreccio di informazioni desunte con metodi quantitativi e qualitativi, presupponeva un lavoro

dedicato all'elaborazione dei materiali di ricerca che non poteva prevedere il coinvolgimento del gruppo degli operatori partecipanti alla ricerca-azione.

A partire da questi presupposti:

- Pur non essendo stato possibile sperimentare in un territorio nella sua interezza il modello di valutazione, si sono avuti rappresentanti in tutti i distretti provinciali. In tal senso la ricerca riporta informazioni sull'applicazione del modello, e quindi sulla adeguatezza degli strumenti diagnostici, su singoli "frammenti" di territorio, che costituisce un quadro più complesso e complessivo, che comunque danno prova della utilità a livello micro e della potenziale sostenibilità e tenuta a livello di sistema macro;
- I questionari sono stati auto-compilati da utenti ed operatori partecipanti alla ricerca;
- La scrivente si è occupata in prima persona di raccogliere ed elaborare i materiali qualitativi afferenti al progetto di ricerca, dai *focus-group* alle interviste, selezionando inoltre un campione casuale di relazioni inviate all'autorità giudiziaria da sottoporre ad analisi del testo e del contenuto.

Se il progetto provinciale è nato nell'anno 2010 con la prima formazione teorica rivolta agli assistenti sociali della provincia e si è sviluppato attraverso la definizione degli strumenti di valutazione della genitorialità e la formazione degli operatori al loro utilizzo, la ricerca-azione ha mosso i primi passi nel 2013, nel corso di tale anno infatti gli assistenti sociali partecipanti hanno sperimentato l'applicazione degli strumenti di diagnosi e somministrato i questionari relativi alla ricerca. Poi, tenuto conto che alcuni percorsi di valutazione inseriti nella sperimentazione erano stati protratti, per volere dell'autorità giudiziaria, ino ai primi mesi dell'anno 2014, si è deciso di protrarre i tempi di ricerca sino a giugno, considerato che i primi mesi dell'anno erano stati utilizzati per condurre le interviste e raccogliere le relazioni da analizzare.

CAPITOLO SESTO

I risultati della ricerca ottenuti con i questionari

Le responsabilità di chi lavora nel settore minori e famiglie sono notevoli e impegnative, perciò attrezzarsi di strumenti validi e consolidati consente sia di monitorare il proprio operato, sia di migliorare le *performance* degli operatori e, conseguentemente, delle famiglie, oggetto dell'intervento sociale e al tempo stesso propulsore di un intervento efficace, *prosumer* del servizio.

La valutazione delle capacità genitoriali, che spesso costituisce per l'assistente sociale un atto dovuto, è un'attività di pensiero che costituisce l'impianto su cui formulare una diagnosi sociale e definire un progetto di intervento. L'identificazione di strumenti per raccogliere le informazioni e gli indicatori significativi di un determinato nucleo familiare ha avuto lo scopo di introdurre delle strategie di miglioramento della professione attraverso l'assunzione di un percorso condiviso, scientificamente fondato e confrontabile a garanzia degli utenti e dei soggetti in età evolutiva.

Il progetto sviluppato nella provincia di Bologna alla predisposizione degli strumenti ha fatto seguire un periodo di sperimentazione direttamente sul campo, ad opera di assistenti sociali e nuclei familiari che si presentano al servizio spontaneamente o su richiesta dell'autorità giudiziaria.

1. Definizione del campione

Il campione di studio è costituito da nuclei familiari che al loro interno avevano minori a rischio psicosociale. Sono stati inclusi nello studio sia casi già in carico al servizio sociale da tempo sia casi nuovi. Complessivamente sono stati reclutati inizialmente 80 casi, di questi sono stati 67 i casi (nuclei familiari) che hanno effettivamente partecipato alla ricerca, mentre per i restanti casi ad una disponibilità iniziale è seguito un successivo rifiuto a partecipare allo studio.

Si sono somministrati tre questionari (auto somministrati in diverse fasi del percorso di valutazione delle capacità genitoriali: all'entrata, in itinere e a conclusione del percorso) per l'operatore e tre questionari (auto somministrati) per la famiglia, in cui se possibile si è sottoposto un questionario ad ogni genitore, ed eventualmente anche al minore se possibile coinvolgerlo direttamente, per età e problematica familiare.

In conclusione sono stati elaborati, con *software* SPSS (Di franco 2009), 608 questionari validi (35 non validi).

I valori che si sono considerati maggiormente sono quelli di media, mediana e moda, intesi secondo quanto segue.

Dato un insieme di numeri che identificano un insieme di dati relativi a situazioni differenti, la mediana, essendo un indice di posizione, è il numero che compare in posizione centrale quando i dati vengono strutturati in ordine crescente (se i dati sono pari, la mediana corrisponde alla media tra i due numeri centrali). La moda, invece, è il dato che compare più frequentemente.

2. Risultati dell'analisi del questionario 1, scheda di ingresso famiglia

L'analisi del questionario compilato dai familiari al momento dell'ingresso nel progetto di ricerca-azione, come evidenziato dalla tabella 6.1 denominata scheda riassuntiva famiglia 1, permette di evidenziare come i punteggi più alti si sono collocati sui valori 8 e 10; volendo quindi esprimere in estrema sintesi l'esito dello studio relativo al primo questionario si può affermare che le famiglie abbiano espresso una valutazione decisamente positiva sul percorso della sperimentazione.

Tab. 6.1 Scheda riassuntiva famiglia 1

SCHEDA FAMIGLIA 1								
	D1.1_Quant o pensi che questo percorso sarà utile per te	D1.2_Quant Quanto pensi che nella tua famiglia ci siano dei problemi	D1.3_Quant o pensi di aver bisogno di aiuto	D1.4_Quant to pensi che sarai ascoltato	D1.5_Quant pensi che sarà accolto il tuo punto di vista	D1.6_Quant to pensi che sarai aiutato a raccontare la tua storia familiare	D1.7_Quant pensi che sarai aiutato a comprendere meglio la tua situazione	D1.8_Quant to pensi che sarai aiutato a migliorare la tua situazione familiare
N. Validi	85	85	85	85	85	85	85	85
N. Mancanti	1	1	1	1	1	1	1	1
Media	6,96	5,93	6,48	9,14	6,54	6,92	7,24	6,61
Mediana	8	6	7	8	8	8	8	8
Moda	8	10	10	8	8	8	8	8

Rispetto al secondo e terzo *item* (Quanto pensi che nella tua famiglia ci siano dei problemi, Quanto pensi di aver bisogno di aiuto?) che esprimono la consapevolezza del nucleo rispetto alla situazione di difficoltà e alla possibilità di trovare aiuto nei servizi sociali, il risultato ottenuto è molto interessante, in quanto mostra come le persone siano abbastanza coscienti della propria situazione problematica e del bisogno di essere aiutate, infatti pur essendo stati espressi anche i valori più alti, la media si aggira intorno alla

sufficienza. Nello specifico il valore relativo alla consapevolezza della problematicità è 5.93 e quello relativo al bisogno di aiuto 6.48, compatibile con quanto emerge negli *item* seguenti.

I familiari esprimono di aspettarsi un altissimo livello di ascolto (media 9.14) ed un aiuto nella comprensione della situazione (media 7.24) tutti gli altri *item* risulta per la moda il valore 8, altro dato importante e positivo in quanto dimostrativo che il percorso ha soddisfatto le aspettative rispetto all'utilità, nello specifico per quanto riguarda la possibilità per i familiari di raccontare in prima persona le proprie vicende, esprimendo i vissuti personali, e beneficiando dell'accompagnamento dell'operatore per approfondire la comprensione delle dinamiche familiari.

3. Risultati dell'analisi del questionario 2, analisi degli strumenti dal punto di vista della famiglia

Il secondo questionario, articolato in nove domande, è stato concepito per essere compilato, nel corso del percorso di diagnosi sociale, dopo la somministrazione di ogni singolo strumento di valutazione, al fine di permettere un approfondimento mirato, in itinere, su ognuno di essi.

Come evidenziato dalla scheda riassuntiva tutti i punteggi espressi sono piuttosto alti, ad evidenziare un gradimento da parte delle famiglie, delle metodologie valutative adottate.

Tab. 6.2 Scheda riassuntiva famiglia 2

SCHEDA FAMIGLIA 2									
	D1.1_Quanto ti sei sentito ascoltato	D1.2_Quanto ti sei sentito sostenuto	D1.3_Quanto ti sei sentito giudicato	D2.1_Quanto ti sembra sia stato accolto il tuo punto di vista	D2.2_Quanto ti sembra sia stata compresa la tua situazione	D3.1_Quanto questa attività ti ha aiutato a chiarire la tua situazione	D3.2_Quanto questa attività ti ha aiutato a comprendere e meglio il punto di vista dei tuoi familiari	D3.3_Quanto questa attività ti ha aiutato a vedere le difficoltà presenti nella tua famiglia	D3.4_Quanto questa attività ti ha aiutato a vedere i punti di forza presenti nella tua famiglia
N Validi	157	157	157	157	157	157	157	157	157
N Mancanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	8,31	8,51	3,55	8,01	8,21	7,41	7,11	7,00	7,16
Mediana	9	8	2	8	8	8	8	8	8
Moda	10	10	0	10	10	8	10	10	10

Il primo blocco di domande, dalla 1 alla 5, era finalizzato ad indagare la percezione della relazione tra operatore ed utente qualora la stessa si sviluppasse attraverso l'utilizzo degli strumenti diagnostici; quindi si chiedeva ai familiari di esprimere una valutazione rispetto alla sensazione di ascolto, sostegno, giudizio, accoglienza e comprensione.

I primi due *item* sottolineano entrambi un punteggio piuttosto alto (media oltre 8 e moda 10) a dimostrazione che le persone e i nuclei coinvolti nella sperimentazione, nell'esprimere il proprio parere, dichiarano di essersi sentiti molto ascoltati e sostenuti; nel terzo *item* invece, che si riferisce all'essersi sentiti giudicati, come vediamo è stato attribuito un punteggio piuttosto basso (media 3.55, moda 0 e mediana 2): in questo contesto il punteggio basso nella scala autoancorante è un segnale positivo, poiché significa che le persone che hanno compilato le schede si sono sentite poco giudicate, attribuendo a tale atteggiamento un valore.

I risultati ottenuti alle due domande successive confermano la tendenza positiva, a dimostrare che le persone si sono sentite realmente accolte e accettate da operatori che hanno ben compreso la situazione familiare, la loro storia, la loro condizione attuale, il loro bisogno.

La seconda batteria di domande, invece, era relativa alla sensazione di utilità percepita nello svolgimento delle diverse attività che costituiscono il percorso di valutazione, quindi di chiedeva di esprimere un giudizio relativamente all'utilizzo dei vari strumenti di diagnosi sociale, sollecitando i partecipanti al progetto a verificare quanto fossero stati aiutati a chiarire la situazione, comprendere meglio il punto di vista degli altri componenti del nucleo e vedere punti di forze e di debolezza della loro famiglia.

I risultati relativi a questi *item* risultano di grande importanza e confermano l'efficacia degli strumenti sperimentati rispetto alla finalità diagnostica, relativa alla comprensione approfondita della dinamiche familiari più che alla specifica della valutazione delle capacità genitoriali, poiché i partecipanti hanno attribuito valori piuttosto alti alle tre domande (media oltre il 7, mediana 8 e moda 10).

4. Risultati dell'analisi del questionario 3, conclusione percorso dal punto di vista della famiglia

Il terzo strumento di rilevazione si prefigge di ricostruire, a conclusione del percorso diagnostico, l'esperienza dei familiari coinvolti nel progetto di ricerca-azione, chiedendo loro di valutarla in modo complessivo.

Come si nota, tutti i punteggi sono piuttosto alti, quindi si può affermare che i partecipanti abbiano espresso un parere molto positivo sull'utilità degli strumenti di valutazione delle capacità genitoriali e in generale sul percorso di diagnosi sociale.

Tab. 6.3 Scheda riassuntiva famiglia 3

SCHEDA FAMIGLIA 3										
	D1.1_Quant to pensi che questo percorso sia stato utile per te	D1.2_Quant to pensi di essere stato ascoltato durante tutto il percorso	D1.3_Quant to pensi che sia stato accolto il tuo punto di vista	D1.4_Quant to pensi di essere stato aiutato/sost enuto	D2.1_Quant to questo percorso ti ha permesso di raccontare la tua storia familiare	D2.2_Quant Quanto questo percorso ti ha permesso di chiarire la tua storia familiare	D2.3_Quant to questo percorso ti ha permesso di costruire insieme all'a.s. una nuova lettura delle tue vicende familiari	D2.4_Quant to questo percorso ti ha permesso di partecipare alla costruzione delle ipotesi di intervento	D3.1_Quant to ritieni gli interventi adatti e capaci di produrre migliorame nti	D4.1_Com e valuti nel complesso la qualità della relazione di aiuto
N. Validi	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
N Mancanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	7,83	8,27	8,29	8,14	8,25	7,86	7,81	9,53	7,76	9,80
Mediana	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Moda	10	10	10	8	10	8	8	8	10	8

Lo strumento è stato articolato in dieci domande chiuse e suddiviso al suo interno in più parti.

La prima parte, costituita da una unica domanda, chiede di esprimere un parere rispetto all'utilità del percorso; tutti i valori espressi sono piuttosto alti: media 7.83, moda 10 e mediana 8.

La seconda parte del questionario, comprende due domande relative alla percezione di ascolto e accoglienza, concetti rispetto al quale erano state valutate ex-ante le aspettative.

Entrambi gli *item* hanno ottenuto una valutazione media superiore ad 8, moda 10 e mediana 8, compatibilmente con le tendenze positive di tutto il percorso; tale valore acquista significato anche tenuto conto delle alte aspettative dei partecipanti, espresse nel questionario di ingresso.

Nella terza parte del questionario, che comprende sei domande, vengono affrontate alcune delle tematiche generali riconducibili all'idea del ruolo del servizio sociale trattate nel primo strumento, relative al sostegno, alla comprensione, alla possibilità di stimolare il racconto della storia familiare, di elaborare la diagnosi sociale ed individuare ipotesi di intervento condivise tra utente e assistente sociale e giudicate efficaci dalla famiglia. L'ultima domanda, conclusiva, richiede una valutazione complessiva della relazione di aiuto.

Come emerge dalla tabella 6.3, scheda riassuntiva famiglia 3, sono stati evidenziati dei punteggi particolarmente alti per ciò che riguarda la narrazione della storia e della situazione familiare, della partecipazione alla co-costruzione delle ipotesi di intervento a conferma quanto la relazione di aiuto sia stata percepita dai nuclei come assolutamente positiva (valutazione complessiva: media 9.80, moda 8 e mediana 8).

5. Risultati dell'analisi del questionario sottoposto ai bambini, scheda minore

Considerato che l'intero percorso sperimentale si fonda sul coinvolgimento diretto di tutti i componenti del nucleo, compreso il minore, nel percorso di conoscenza e approfondimento sulle dinamiche familiari finalizzato alla diagnosi, si è ritenuto opportuno, prevedere anche uno strumento da sottoporre direttamente ai bambini, costruito in modo che fosse al tempo stesso comprensibile per i più piccoli e non invasivo.

Per ciò che riguarda la scheda minore, applicata a 26 intervistati, tutti nella fascia d'età scolare, sono stati espressi dei punteggi molto alti, soprattutto nel primo *item* dove la mediana e la moda sono pari a 10 (quanto ti sei sentito/a ascoltato?) e nel terzo *item* dove il punteggio di mediana e moda è pari a 8 e 10 (quanto ti sembra sia stata capita la tua situazione?).

Tab. 6.4 Scheda riassuntiva minore

SCHEDA MINORE					
	D1.1_ Quanto ti sei sentito/a ascoltato	D1.2_ Quanto ti sei sentito giudicato	D2.1_ Quanto ti sembra sia stata capita la tua situazione	D2.2_ Quanto ti sembra vedere le difficoltà presenti nella tua famiglia	D2.3_ Quanto ti sembra vedere i punti di forza presenti nella tua famiglia
N Validi	26	26	26	26	26
N Mancanti	0	0	0	0	0
Media	9,27	1,38	8,23	7,42	7,46
Mediana	10	0,00	8	8	7,5
Moda	10	0	10	8 ^a	10

I minori hanno quindi valutato positivamente il percorso di sperimentazione. Questo è un elemento molto importante, poiché i bambini stessi hanno apprezzato il fatto di essersi sentiti seguiti e accettati e quanto tale percorso sia stato per loro determinante. Risulta pertanto che nessun utente si è sentito giudicato; è un'ulteriore conferma del gradimento del percorso.

6. Risultati dell'analisi del questionario 1, scheda operatore 1

Il primo strumento di rilevazione è articolato in otto domande chiuse e suddiviso al suo interno in due parti, la prima, costituita da una unica domanda, funge da introduzione al percorso e chiede di esprimere le proprie aspettative rispetto all'utilità dello stesso, per poi proseguire con una serie di *item* che richiedono di valutare le aspettative rispetto alla possibilità di avere elementi che orientino verso la finalità diagnostica: valutare la situazione della famiglia, elaborare la diagnosi sociale, individuare ipotesi di intervento con la specifica della condivisione della diagnosi e delle ipotesi progettuali tra utente e assistente sociale.

Tab. 6.5 Scheda riassuntiva operatore 1

SCHEDA OPERATORE 1									
	D1.1_Quant o pensi che questo percorso ti sarà utile	D1.2_Quant pensi che questo percorso favorirà l'accoglienz a della famiglia	D1.3_Quant o pensi che questo percorso faciliterà la costruzione di una relazione di ascolto e di fiducia	D1.4_Quant o pensi che questo percorso ti aiuterà a stimolare la narrazione della storia familiare	D1.5_Quant pensi che questo percorso ti aiuterà a valutare la situazione della famiglia	D1.6_Quant o pensi che questo percorso ti aiuterà ad elaborare la diagnosi sociale	D1.7_Quant o pensi che questo percorso ti aiuterà ad individuare ipotesi di intervento	D1.8_Quant o pensi che questo percorso ti aiuterà a condividere la diagnosi sociale con la famiglia	D1.9-Quant pensi che questo percorso ti aiuterà a costruire le ipotesi di intervento con la famiglia
N Validi	72	72	72	72	72	72	72	72	72
N Mancanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	8,65	8,54	8,57	8,96	8,85	8,93	8,71	8,57	8,54
Mediana	9	8	9	9	9	9	9	8	8
Moda	9	8	9	10	10	10	9	8	8

La tabella riassuntiva operatore 1 rivela punteggi alti su diversi argomenti: viene riconosciuta sia l'utilità del percorso, sia l'acquisizione di metodologie adeguate per una corretta attività di valutazione, che costituisce un prerequisito per formulare ipotesi di intervento più idonee e coerenti con il bisogno specifico di un terminato nucleo familiare.

Se da un lato questi dati evidenziano alte aspettative da parte degli operatori nei confronti delle metodologie professionali sperimentate, dall' altro occorre tener conto che il progetto di ricerca-azione sviluppato nel territorio bolognese ha preso corpo su base volontaria, pertanto la motivazione degli operatori è da considerarsi come fattore fondante e costitutivo.

7. Risultati dell'analisi del questionario 2, analisi degli strumenti dal punto di vista dell'operatore

Nel secondo strumento di rilevazione approntato, si è cercato di identificare alcuni "temi guida" all'interno del percorso più ampio di diagnosi sociale, che fossero significativi per soggetti che si trovano a sperimentare il contatto con il servizio sociale relativamente alla genitorialità, quindi si è chiesto agli operatori di valutare l'utilizzo dei vari strumenti.

Da una analisi riassuntiva si nota che gli operatori intervistati hanno dichiarato di essersi sentiti in grado di accogliere e sostenere in modo adeguato le persone, e di aver accantonato atteggiamenti giudicanti (valori bassi alla domanda numero 3 "Quanto ti sembra di aver giudicato?" media 2.32, moda 0 e mediana 2).

Tab. 6.6 Scheda riassuntiva operatore 2

SCHEMA OPERATORE 2									
	D1.1_Quant o ti sembra di aver ascoltato	D1.2_quant o ti sembra di aver sostenuto	D1.3_ Quanto ti sembra di aver giudicato	D1.4_ Quanto ti sembra di aver accolto il punto di vista altrui	D1.5_Quant o ti sembra di aver compreso ciò che ti è stato raccontato	D2.1. _Quanto lo strumento ti ha aiutato a raccogliere le informazion i	D2.2_ Quanto lo strumento ti ha aiutato a far emergere i punti di forza/debol ezza della famiglia	D2.3_ Quanto lo strumento ti ha aiutato a valutare la situazione familiare	D2.4_ Quanto lo strumento ti ha aiutato a sostenere la relazione di aiuto
N Validi	158	158	158	158	158	158	158	158	158
N Mancanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	8,82	8,97	2,32	8,98	9,22	9,04	9,30	9,83	9,09
Mediana	9	8	2	8	9	9	9	9	8,5
Moda	8	8	0	9	9	9	9	9	8

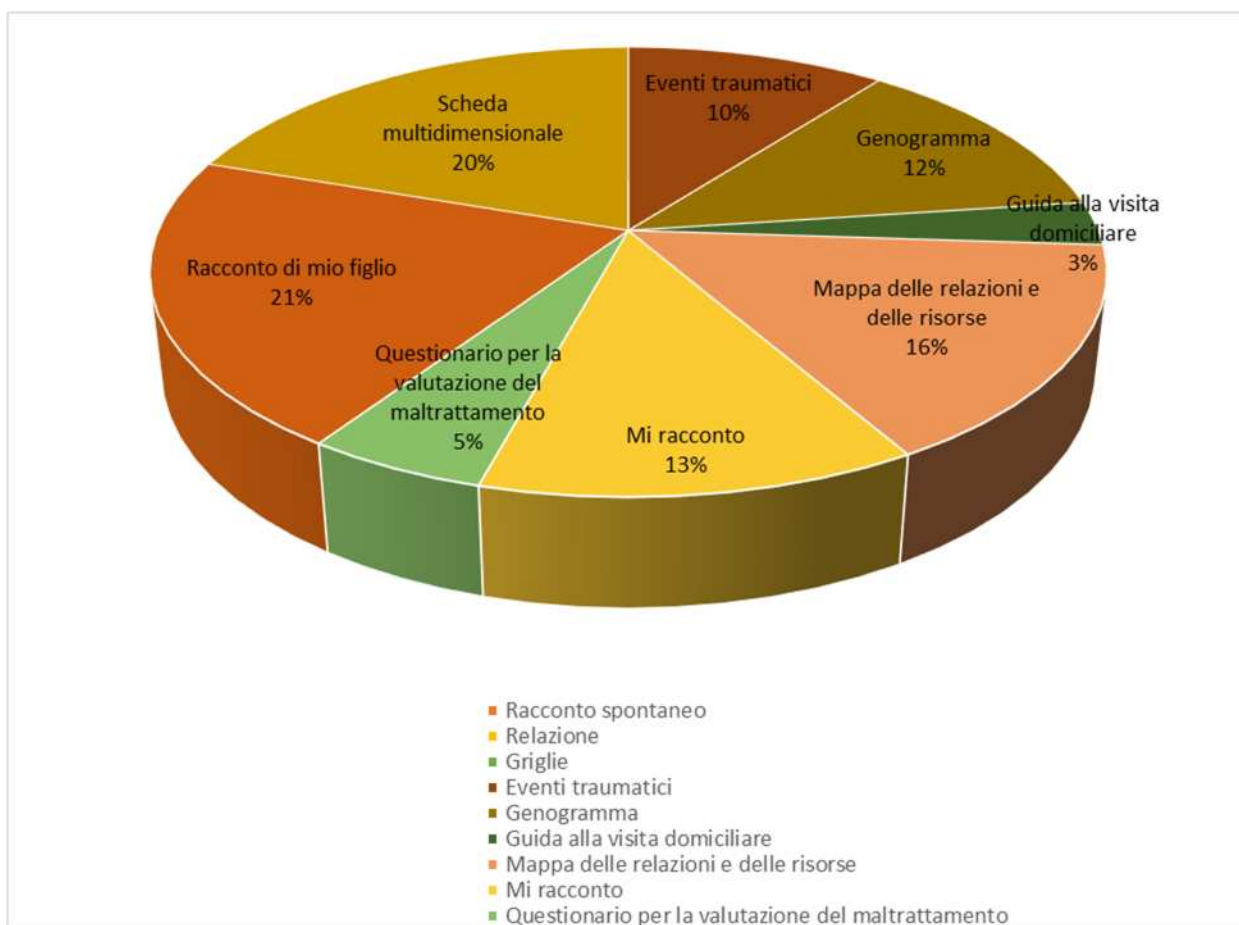
Da rilevare inoltre una serie di valori molto alti (media, mediana e moda oltre il 9) nelle domande dalla 6 alla 8, a dimostrazione che l'utilizzo degli strumenti diagnostici ha permesso agli operatori di comprendere più pienamente i racconti dei partecipanti, attraverso strumenti che facilitano la narrazione delle vicende familiari, consentendo di raccogliere le informazioni e di far emergere punti di forza e debolezza dei nuclei.

Gli operatori hanno dichiarato di essere stati in grado di raccogliere in modo pertinente, attraverso il supporto degli strumenti, le informazioni utili ad inquadrare la situazione familiare, pertanto appare opportuno analizzare la valutazione relativa ad ogni singolo strumento sperimentato.

Tab. 6.7 Scheda riassuntiva utilizzo strumenti

Strumenti utilizzati	Valore assoluto	Percentuale
Racconto spontaneo	0	0
Relazione	0	0
Griglie	0	0
Eventi traumatici	17	10.7
Genogramma	19	12.1
Guida alla visita domiciliare	5	3.2
Mappa delle relazioni e delle risorse	25	15.8
Mi racconto	20	12.6
Questionario per la valutazione del maltrattamento	8	5.1
Racconto di mio figlio	33	20.9
Scheda multidimensionale	31	19.6
N validi	158	100
N mancanti	0	0

Imm. 6.1 Strumenti utilizzati



Come si evince dalla tabella e dal grafico relativi all'utilizzo degli strumenti, i più utilizzati sono stati il "racconto di mio figlio" e la "scheda multidimensionale" mentre gli operatori non paiono aver sperimentato la traccia operativa "come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso", le "griglie di *assessment*" e la traccia per la stesura della relazione all'autorità giudiziaria, dato non coerente con quanto affermato dagli stessi in sede di supervisione, poiché di fatto molte relazioni sono state redatte con questa metodologia di riferimento e spesso presentano anche l'utilizzo delle griglie come strumenti riassuntivi della situazione familiare.

8. Risultati dell'analisi del questionario 3, conclusione percorso dal punto di vista dell'operatore

La terza scheda ha la finalità di valutare complessivamente, a conclusione, il percorso di diagnosi sociale, con riferimento sia agli atteggiamenti professionali che gli operatori avevano sperimentato, sia alla percezione di risoluzione delle difficoltà familiari degli utenti.

Tab. 6.8 Scheda riassuntiva operatore 3

SCHEDA OPERATORE 3										
	D1.1_Quant o pensi che questo percorso sia stato utile per lo svolgimento del tuo ruolo professionale e	D2.1_Quant Quanto ti sembra in questo percorso di aver creato un clima di ascolto e di fiducia	D2.2_Quant to ti sembra in questo percorso di aver accolto le rappresenta- zioni dei vari membri familiari	D2.3_Quant to ti sembra in questo percorso di aver favorito la narrazione della storia familiare	D3.1_Quant Quanto questo percorso ti ha aiutato a valutare la situazione familiare	D3.2_Quant o questo percorso ti ha aiutato ad elaborare la diagnosi sociale	D3.3_Quant o questo percorso ti ha aiutato ad individuare ipotesi di intervento	D3.4_Quant o questo percorso ti ha aiutato a condividere con la famiglia una nuova lettura delle vicende familiari	D3.5_Quant o questo percorso ti ha aiutato a costruire con la famiglia le ipotesi di intervento	D4.1_Quant Come valuti nel complesso la qualità della relazione di aiuto
N Validi	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
N Mancanti	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Media	10,80	10,67	8,49	8,86	8,69	8,76	8,53	8,43	8,41	12,37
Mediana	9	9	8	9	9	9	8	8	9	9
Moda	9	9	8	9	9	9	8	8	9	9

Come emerge dalla tabella 6.8, scheda riassuntiva operatore 3, gli assistenti sociali paiono aver saputo introdurre metodologie di lavoro significative: l'operatore ha mostrato capacità di ascoltare e accogliere le storie individuali e familiari; ha saputo sintetizzare tutti i punti di vista dei membri della famiglia (compreso il minore); è stato in grado di restituire ai protagonisti le sue valutazioni tecniche e offrire loro un progetto co-costruito di intervento per fronteggiare le difficoltà familiari.

Da evidenziare una media oltre il 10 nei primi due *item* (Quanto pensi che questo percorso sia stato utile per lo svolgimento del tuo ruolo professionale? e Quanto ti sembra in questo percorso di aver creato un clima di ascolto e di fiducia?) e nell'ultimo relativo alla valutazione complessiva della relazione di aiuto, a dimostrazione dell'alto valore dell'iniziativa per la formazione degli operatori che hanno partecipato al progetto di ricerca-azione, che si sono sentiti rinforzati e sostenuti nel proprio ruolo professionale e paiono aver migliorato la qualità del lavoro, attraverso un miglioramento della relazione con le famiglie, veicolata anche da strumenti operativi definiti.

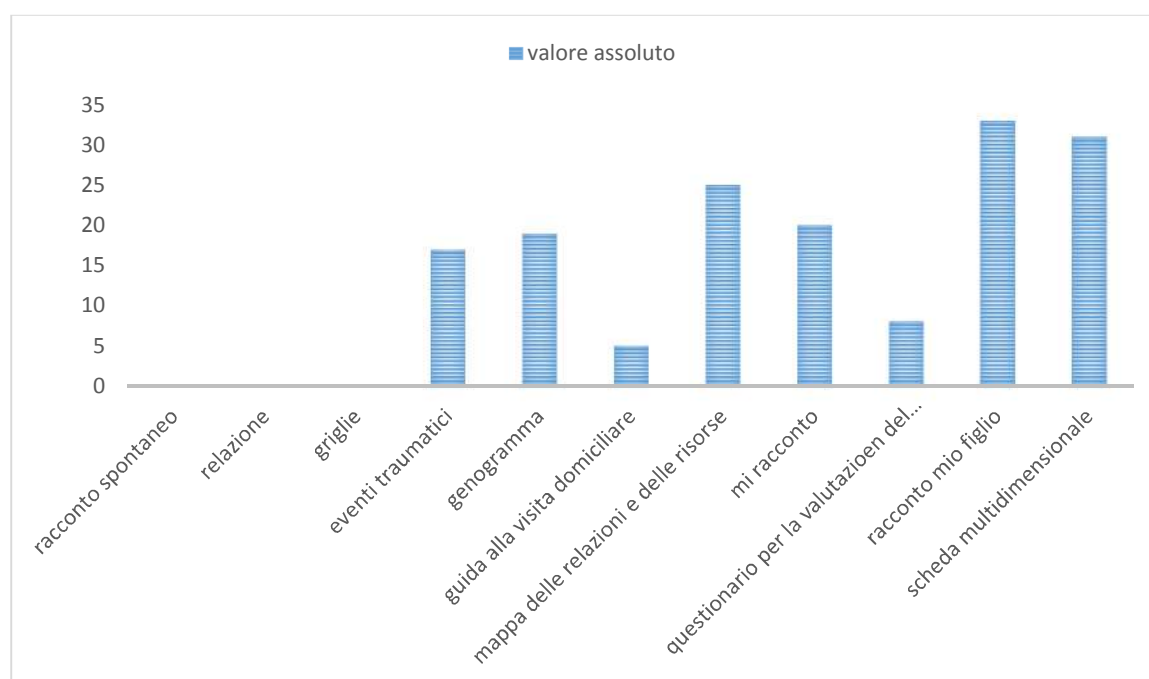
9. Focus su alcuni casi studio

Analizzando i 158 questionari relativi all'utilizzo degli strumenti si nota che nei vari percorsi diagnostici sperimentati, sono 17 i casi in cui gli operatori hanno applicato almeno tre strumenti, di questi 17 vi sono 6 casi dove ne sono stati utilizzati almeno quattro. Di questi 6 solo in un caso l'operatore ha utilizzato ben sei strumenti. Tale dato dimostra il carattere duttile del percorso di diagnosi delineato nella provincia di Bologna e la capacità degli strumenti di adattarsi alle varie situazioni, consentendo agli operatori di selezionare le modalità più opportune di organizzare le attività professionali.

Si è quindi scelto un campione casuale, comprendente i materiali relativi a 3 casi, al fine di analizzare gli strumenti utilizzati per svolgere l'iter diagnostico.

- caso DL1200IT, strumenti: mappa delle relazioni e delle risorse, racconto di mio figlio, mi racconto;
- caso DF0303IT, strumenti: scheda socioanamnestica multidimensionale, genogramma, mi racconto, traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori;
- caso FE1004IT, strumenti: genogramma, mappa delle relazioni e delle risorse, racconto di mio figlio, mi racconto.

Imm. 6.2 Utilizzo degli strumenti



Come emerge dal raffronto tra il piccolo campione casuale analizzato con l'immagine 6.1 che riassume l'utilizzo degli strumenti, gli strumenti che sono stati più rappresentati nell'esperienza di sperimentazione sono la scheda socioanamnestica multidimensionale, che delinea tutto il percorso di diagnosi sociale, i

due strumenti finalizzati ad esplorare il mondo del minore sia partendo dal suo racconto diretto che attraverso le narrazioni dei genitori.

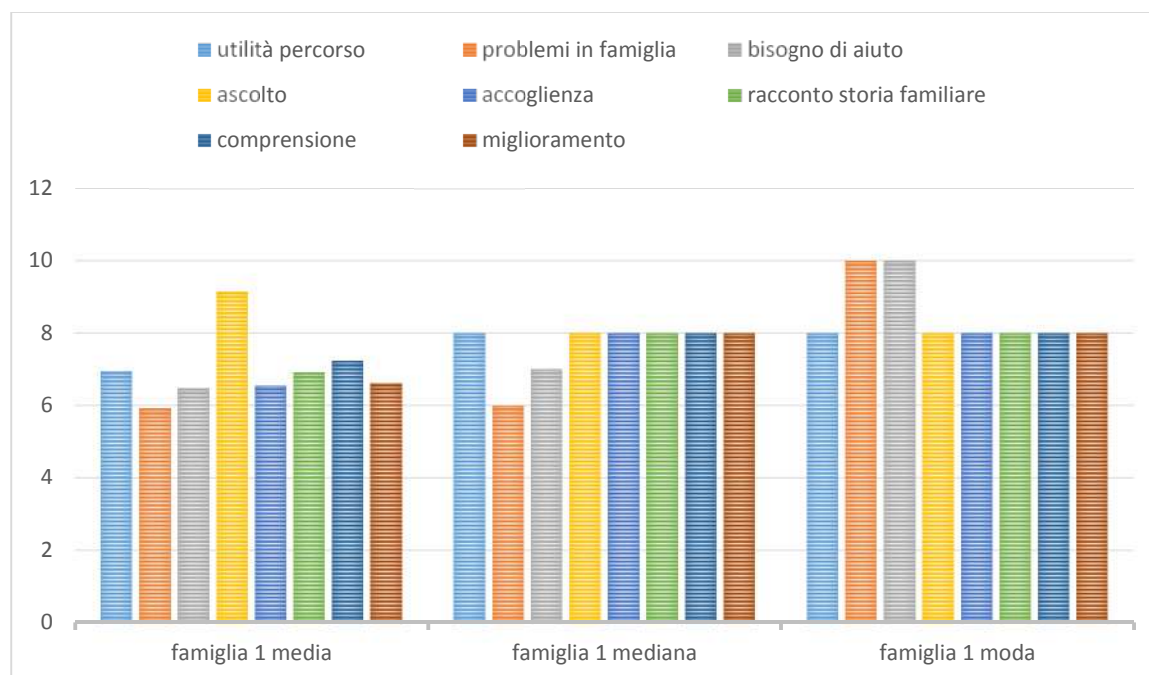
Inoltre analizzando le risposte dei familiari si notano punteggi piuttosto alti (8-10) che confermano il gradimento delle attività proposte e la validità percepita degli strumenti diagnostici.

Anche per gli operatori emergono punteggi piuttosto alti, a conferma di quanto emerso secondo il punto di vista degli utenti, tuttavia va evidenziato come in qualche caso sia stato utilizzato il valore 5, che mostra come gli operatori si sono messi in discussione sull'aver compreso la storia, sull'aver giudicato, nel sostenere la relazione di aiuto.

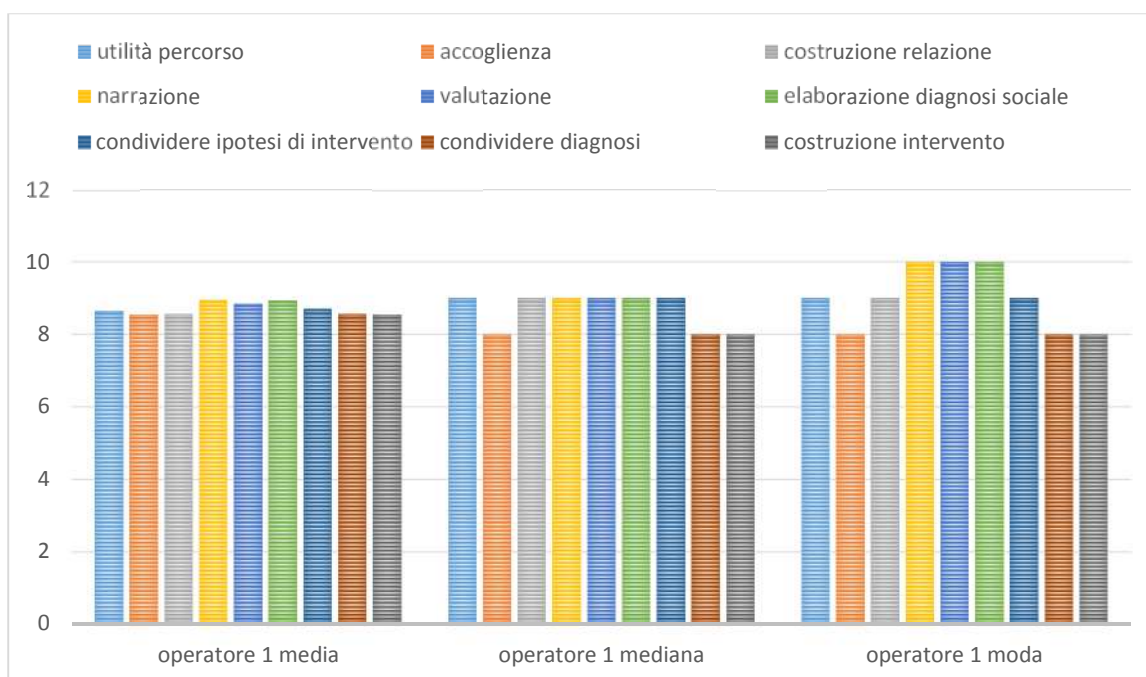
10. Riflessioni conclusive

L'analisi fino ad ora condotta ci permette di esprimere un giudizio altamente positivo rispetto al progetto, considerato che la sperimentazione degli strumenti di diagnosi sociale ha avuto ottimi risultati per tutti i soggetti implicati: i nuclei familiari coinvolti si sono sentiti accolti e protagonisti delle loro vicende familiari; gli operatori hanno avuto la possibilità di analizzare, di riflettere e di valutare le situazioni familiari e le capacità genitoriali, contando su strumenti studiati specificatamente per quello scopo e condivisi con i colleghi: la formulazione di una diagnosi sociale e il relativo progetto di recupero, in quelle condizioni, ha dato all'operatore maggiori garanzie di sicurezza.

Imm. 6.3 Questionario 1 famiglia

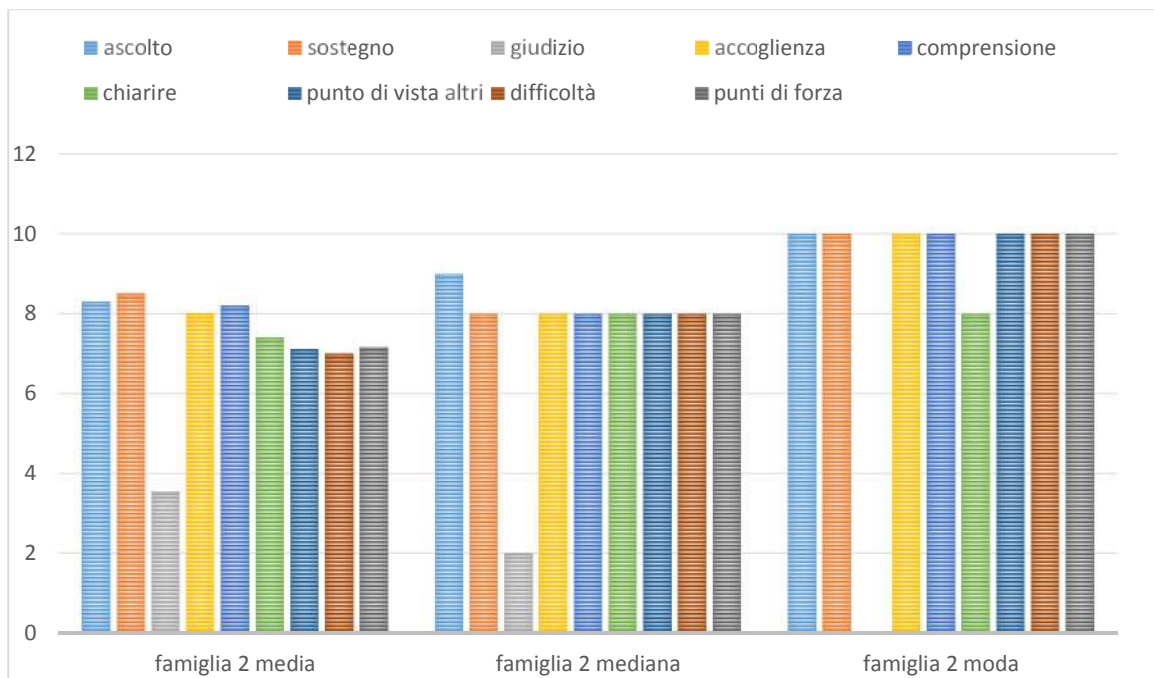


Imm. 6.4 Questionario 1 operatore

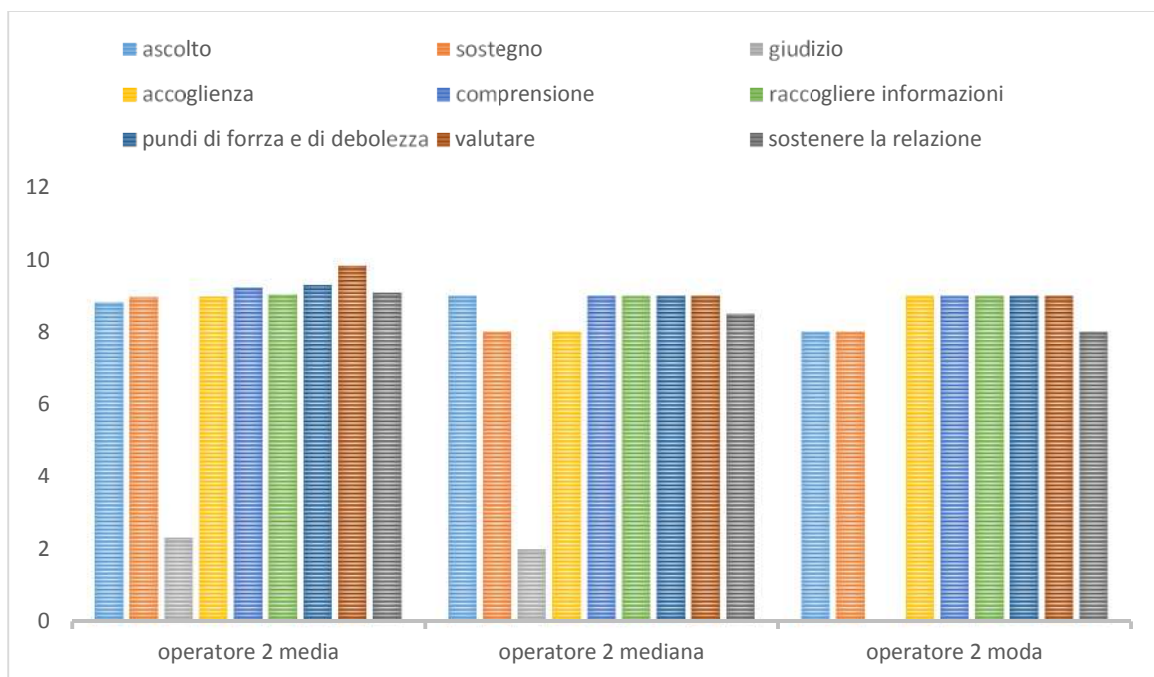


L'osservazione dei grafici mostra come le aspettative degli operatori siano generalmente più alte rispetto a quelle dei familiari. In particolare rispetto alla prima domanda, che chiedeva ai partecipanti di valutare quanto sarebbe stato utile il percorso di diagnosi sociale e valutazione delle capacità genitoriali, la media delle risposte degli utenti dei servizi sociali si colloca a 6.96 mentre per gli operatori a 8.65, evidenziando una certa sfiducia nei confronti del servizio, compatibile con quanto emerso dalle risposte seguenti, in cui i familiari valutano che in famiglia ci siano pochi problemi (5.93 media) e di non avere molto bisogno di aiuto (6.48 media).

Imm. 6.5 Questionario 2 famiglia



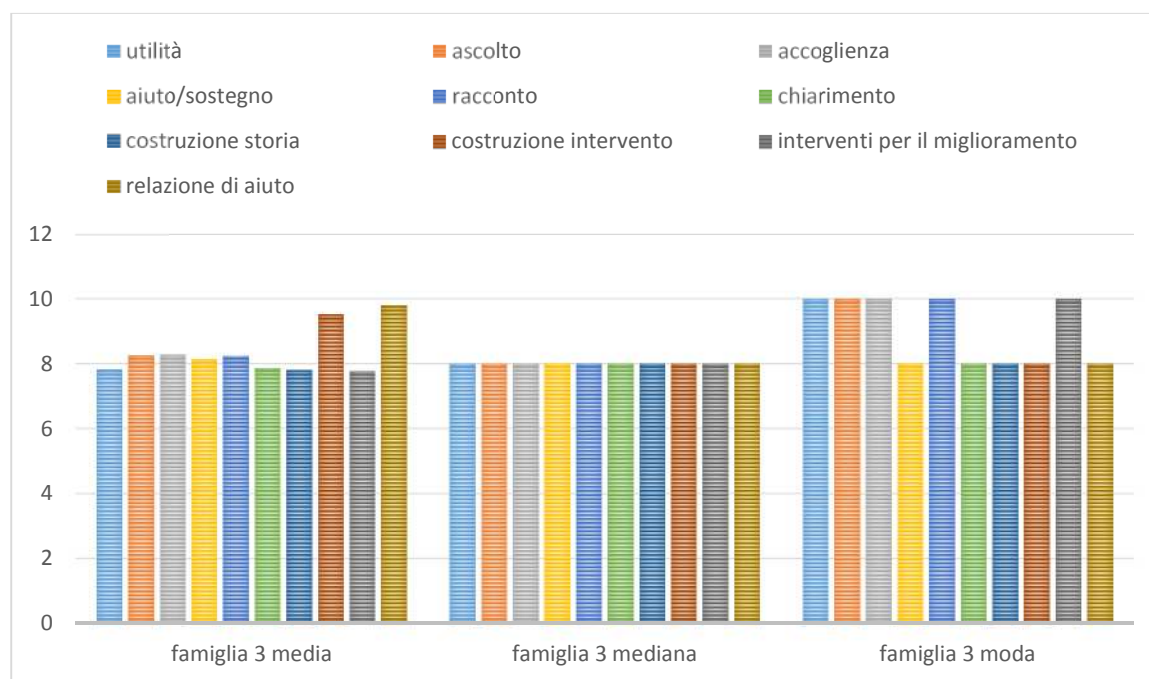
Imm. 6.6 Questionario 2 operatore



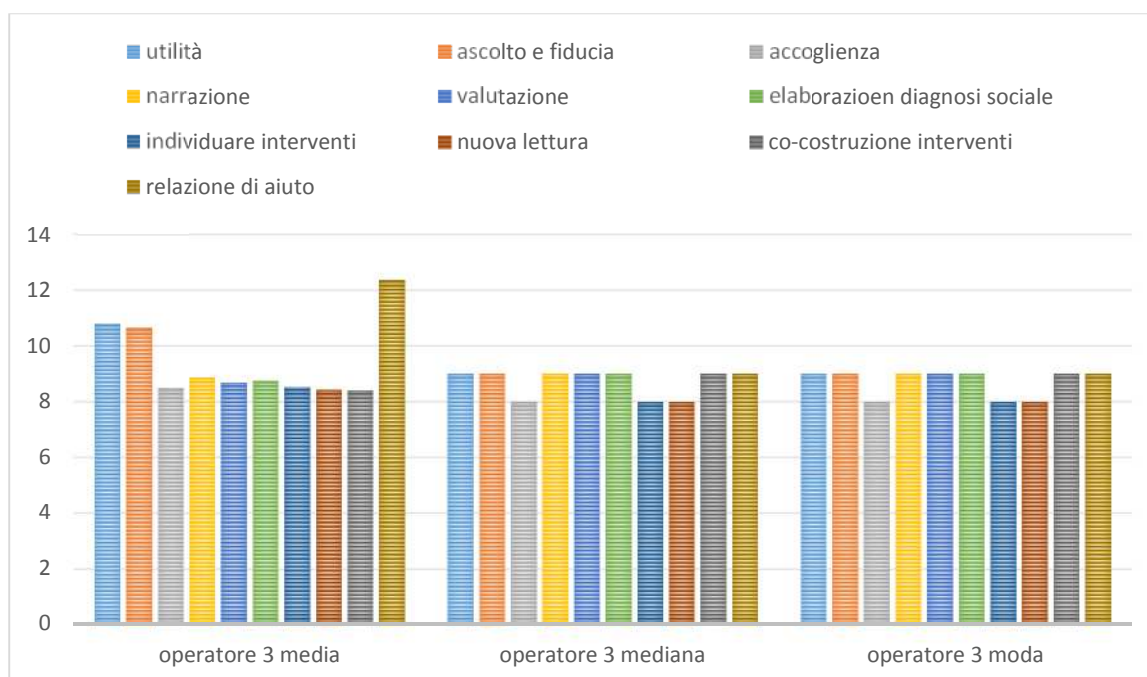
I grafici contenuti nelle immagini 6.4 e 6.5 evidenziano una generale omogeneità tra le risposte degli operatori e quelle dei familiari partecipanti al progetto, con un ottimismo leggermente maggiore delle assistenti sociali, probabilmente originato dalla motivazione sottostante la partecipazione ad un percorso così corposo, costituito prima da un iter formativo teorico, poi dalla sperimentazione di strumenti professionali costruiti all'interno del gruppo, per una durata complessiva di circa due anni.

Da rilevare i punteggi relativi alla media delle risposte alla prima e alla terza domanda, che chiedevano ai partecipanti di valutare, rispetto all'utilizzo di specifici strumenti di diagnosi, l'ascolto e il giudizio. Operatori e familiari partecipanti alla sperimentazione confermano che l'utilizzo di queste metodologie professionali facilita l'ascolto (8.31 per i familiari, 8.82 per gli operatori) e riduce le tendenze giudicanti (3.55 per i familiari e 2.32 per gli operatori).

Imm. 6.7 Questionario 3 famiglia



Imm. 6.8 Questionario 3 operatore



Anche in questo caso si evidenzia una generale omogeneità tra le risposte dei familiari e quelle degli operatori, permane una leggera tendenza alla positività nelle assistenti sociali, come osservato nelle risposte al questionario 2.

Emergono valori particolarmente alti, sia nelle opinioni degli utenti sia nella valutazione degli operatori del servizio sociale riguardo la qualità della relazione di aiuto (media 9.8 per i familiari e 12.37 per le assistenti sociali) e la capacità di costruire interventi a partire dal percorso di diagnosi sociale (9.35 media familiari e 8.41 media operatori), a dimostrazione che le principali finalità del progetto sono state pienamente perseguite.

Un'altra considerazione di particolare rilevanza emerge osservando le differenze tra le immagini 6.1 e 6.5 relative ai questionari 1 e 3 compilati dalle famiglie. È emerso che, rispetto al percorso, alcuni utenti hanno espresso nella scheda di entrata qualche perplessità, collocandosi su punteggi che vanno da 2 a 6, mentre nella scheda di uscita hanno attribuito punteggi molto alti. Ciò sta a sottolineare ancora una volta che l'utilizzo degli strumenti ha decisamente qualificato l'intervento professionale e che le persone si sono sentite accolte e supportate.

I nuclei familiari coinvolti hanno percepito l'assistente sociale più attento, più interessato e partecipe alle loro vicende familiari; ciò li ha fatti sentire protagonisti nella co-costruzione di ipotesi di intervento; gli operatori si sono sentiti più sicuri perché supportati nel difficile compito di valutare ed esprimere una diagnosi sociale, ideata attraverso l'utilizzo di strumenti più rigorosi e oggettivi.

Alcuni operatori inoltre hanno confermato anche verbalmente di aver ascoltato più attentamente gli utenti, di aver raccolto informazioni attraverso strumenti validi e di essersi sentiti capaci di evitare ogni atteggiamento giudicante.

CAPITOLO SETTIMO

I risultati della ricerca ottenuti con le interviste e i focus-group

In questo capitolo si approfondirà la parte qualitativa della ricerca, secondo l'accezione descritta da Silverman (2000), dirigendo l'attenzione verso quei dati che si manifestano come «analisi di parole e immagini piuttosto che di numeri» (Ciucci 2008, 65).

L'attenzione verrà dunque posta sull'analisi dei materiali prodotti nel corso dei vari incontri con i partecipanti alla ricerca-azione, consistenti per lo più in trascrizioni di riunioni, *focus-group* e interviste semi-strutturate a operatori ed utenti dei servizi sociali.

L'utilizzo del *software* NVIVO ha consentito di usufruire delle informazioni sul processo di analisi effettuato, contenuto nella reportistica del programma (Richards 1999). In particolare il *Coding Summary Report* permette di avere una descrizione delle *references* (porzioni di testo attribuite alla categoria) codificate in ogni categoria sia in termini di numerosità sia di copertura (percentuale di caratteri di ciascuna *references* sul totale dei caratteri del testo). Questi criteri sono stati particolarmente utili per l'individuazione delle proposizioni significative, che hanno permesso un approfondimento sul campione di studio, le aspettative, i vari strumenti di diagnosi sociale, gli aspetti emotivo-relazionali emersi nel corso del progetto di ricerca-azione nonché su alcuni concetti generali e temi ricorrenti.

1. Definizione del campione

Nel corso degli incontri di supervisione svolti per tutta la durata del progetto si è proceduto alla selezione dei casi ai quali gli operatori avrebbero proposto il coinvolgimento del nucleo familiare nella ricerca-azione finalizzata alla sperimentazione di strumenti di diagnosi sociale. Il gruppo aveva concordato di selezionare situazioni in cui l'operatore percepisse di poter proporre l'adesione alla ricerca senza inficiare particolarmente la relazione professionale, ovvero casi in cui le problematiche familiari consentissero di sperimentare strumenti di valutazione delle capacità genitoriali in una condizione di agio sia per gli operatori che per gli utenti.

Tab. 7.1 Selezione dei casi

Selezione dei casi	Valore Assoluto
Finalità diagnosi	135
Problematica familiare	117

Come emerge dalla tabella 7.1 si sono individuate 252 proposizioni che fanno riferimento alla definizione del campione descrivendo nello specifico la casistica selezionata dagli assistenti sociali per proporre la partecipazione al progetto. Si è dunque scelto di discriminare le proposizioni che enunciano la finalità

della diagnosi sociale da quelle che si riferiscono alle problematiche del nucleo familiare, che hanno portato l'operatore a motivarsi verso l'utilizzo degli strumenti da sperimentare.

1.1 Finalità diagnosi

Le 135 proposizioni emerse nel corso dei *focus-group* che si riferiscono alla finalità diagnostica sono state analizzate attraverso un *software* di analisi del contenuto (Pacifico e Coppola 2010), grazie al quale è stato possibile individuare tre macro-categorie entro le quali classificare le diverse frasi.

Gli operatori ritengono quindi che sia opportuno applicare strumenti di valutazione delle capacità genitoriali in tre casi:

- Richiesta da parte dell'autorità giudiziaria di indagine sociale, sulle condizioni di vita dei minori (anche rivolte al sistema penale) o sulle capacità genitoriali;
- Rivalutazione del progetto di sostegno al nucleo familiare a fronte di una condizione di stallo, sovente nei casi in cui il servizio sociale è incaricato di monitoraggio rispetto alle condizioni di un nucleo o nei casi in carico da lungo periodo;
- Progettazione di interventi a sostegno del nucleo familiare a fronte di cambiamenti nelle dinamiche del nucleo (dimissione da strutture protette...) ma anche per favorire la conoscenza reciproca nel caso di cambio di operatore.

Tab. 7.2 Finalità diagnosi

Finalità diagnosi	Valore Assoluto
Richiesta dell'autorità giudiziaria	50
Rivalutazione del progetto/monitoraggio	35
Progettazione a fronte di cambiamenti	50

Come si evince dalla tabella 7.2 la finalità diagnostica meno utilizzata è quella della rivalutazione del progetto di sostegno, mentre le richieste dell'autorità giudiziaria e la progettazione per fronteggiare il cambiamento coprono oltre il 70% dei casi, tale dato evidenzia come spesso il lavoro dell'assistente sociale venga caratterizzato da situazioni di contingenza, in cui ci si trova a fronteggiare l'emergenza di una richiesta pervenuta dal tribunale o di una situazione familiare in rapido mutamento. In ogni caso si ritiene che l'individuazione di strumenti che possano orientare l'operatore favorendo il professionista nell'evitamento dello stress causato dal lavoro sull'emergenza costituisca un valore aggiunto alle pratiche lavorative, capace di garantire una maggior obiettività e oggettività della diagnosi sociale.

1.2 Problematica familiare prevalente

Le 117 proposizioni riferite nel corso degli incontri di supervisione agli operatori, aventi per oggetto la problematica familiare prevalente, hanno permesso (come si evince dall'analisi della tabella 7.3) l'individuazione di sei differenti categorie.

Tab 7.3 Problematica familiare prevalente

Problematica familiare	Valore Assoluto
Grave conflittualità di coppia/separazione	43
Maltrattamento fisico, psicologico e abuso sessuale	20
Patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura)	18
Penale minorile	7
Abbandono	1
Gravi problematiche relazionali/conflittualità familiare	28

Nella maggioranza dei casi (43) si rileva una conflittualità di coppia tra i coniugi, spesso in fase di separazione, o tensioni tra i vari membri del nucleo (28), pertanto possiamo affermare che oltre il 60% del campione è costituito da situazioni caratterizzate da conflittualità, dunque le problematiche relazionali sembrano contraddistinguere la maggioranza dei casi.

Anche il maltrattamento e l'abuso (20) e le patologie delle cure (18) coprono una quota consistente dei casi, mentre le problematiche legate al procedimento penale minorile e l'abbandono risultano nettamente minoritarie.

1.3 Il campione nelle interviste

Come è noto sono state condotte dieci interviste semi-strutturate ad operatori e tre interviste a familiari, coinvolti nel progetto di ricerca-azione. In entrambi i casi si è trattato il tema delle problematiche familiari e della finalità diagnostica, chiedendo agli assistenti sociali di descrivere una delle situazioni trattate nel corso della sperimentazione, e agli utenti di riflettere sulle motivazioni che avevano portato al rapporto con i servizi sociali e alla proposta di questo iter di diagnosi e valutazione delle capacità genitoriali.

Tab. 7.4 Il campione nelle interviste

Problematica familiare	Valore Assoluto
Grave conflittualità di coppia/separazione	8
Maltrattamento fisico, psicologico e abuso sessuale	3
Patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura)	0
Penale minorile	1
Abbandono	0
Gravi problematiche relazionali/conflittualità familiare	8
Validi	20
Finalità diagnosi	Valore Assoluto
Richiesta dell'autorità giudiziaria	7
Rivalutazione del progetto/monitoraggio	4
Progettazione a fronte di cambiamenti	8
Validi	19

Come emerge dalla tabella 7.4 sia i dati relativi alla problematica familiare prevalente sia quelli riferiti alla finalità dell'iter diagnostico sono compatibili con quanto emerso nel corso dei *focus-group*. Su 20 proposizioni aventi per oggetto le problematiche familiari ben 16 si riferiscono a difficoltà relazionali (suddivise al 50% tra separazioni di coppia e conflittualità familiare) mentre su 19 frasi riferite alla finalità della diagnosi si conferma una netta predominanza delle richieste dell'autorità giudiziaria e della necessità di progettare gli interventi a fronte di cambiamenti. Emerge invece in modo chiaro come le patologia delle cure e le problematiche relative al maltrattamento non siano rappresentate nel campione emerso dalle interviste, in netta contraddizione con quanto successo nel corso dei *focus-group*. Difficile è ipotizzare le ragioni di tale differenza di rappresentazione (forse connessa anche ad una difficoltà a parlare di alcune tematiche nel corso di una intervista) che non si ritiene opportuno indagare in questa sede, considerato che il numero delle interviste condotte, e dunque delle frasi raccolte con tale metodo, risulta ridotto, pertanto il valore delle proposizioni raccolte viene utilizzato esclusivamente a carattere esemplificativo e di approfondimento, in correlazione con quanto emerso nel corso delle altre fasi della ricerca.

2. Le aspettative

Le attese e i desideri dei partecipanti al progetto sono emersi in modo importante durante tutto il corso della ricerca-azione, dalle fasi iniziali in cui l'intento era prevalentemente formativo, a quelle finali in cui ci si interrogava sugli esiti della sperimentazione e sul valore del metodo. Le proposizioni aventi per oggetto le aspettative sono state quindi esaminate attraverso un confronto tra quelle espresse nella fase preliminare, in cui era stata svolta una prima formazione teorica e organizzatori e partecipanti al progetto iniziavano a muovere i primi passi verso la sperimentazione, e quelle emerse durante l'implementazione del progetto di ricerca-azione, nel corso del quale si sono svolti incontri a cadenza settimanale per la supervisione degli operatori, condotti prevalentemente con la metodologia del *focus-group*. Tali dati sono poi stati incrociati con quanto emerso dalle interviste a utenti ed operatori dei vari servizi sociali della provincia, coinvolti nel progetto.

2.1 Nella fase preliminare

Nel periodo tra il mese di maggio e il mese di dicembre dell'anno 2012 si è svolto un percorso, della durata di trenta ore, finalizzato a formare e preparare gli operatori interessati al progetto di sperimentazione di strumenti per la diagnosi sociale, con un focus specifico relativo alla valutazione delle capacità genitoriali, condotto principalmente con la metodologia del *focus-group*. Attraverso la registrazione di tali incontri è stato possibile individuare ed analizzare le frasi riferite alle aspettative dei partecipanti rispetto al progetto.

Si sono isolate 55 proposizioni riferite a questo tema di cui 38 relative alle aspettative degli organizzatori del progetto e 17 riferite a quelle degli operatori.

Tab. 7.5 Aspettative preliminari

ASPETTATIVE	Operatori	Organizzatori	Totale
Qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi	10	14	24
Metodo: necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale	3	13	16
Miglioramento della qualità del lavoro	0	6	6
Formazione	0	5	5
Unificazione delle pratiche professionali	2	0	2
Valutazione della condizione di benessere dei minori e dei rischi effettivi a cui la situazione familiare li espone	2	0	2
N validi	17	38	55

Le aspettative del gruppo degli organizzatori si riferiscono a 4 *cluster*, per ognuno dei quali sono state individuate frasi significative:

- Metodo: necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale
- Qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi
- Miglioramento della qualità del lavoro
- Formazione.

La prima categoria è rappresentata da enunciati che si riferiscono a *«necessità di disporre di strumenti professionali e professionalizzanti specifici e confrontabili al fine di garantire una buona qualità degli interventi, qualificare il contributo dell'assistente sociale nel lavoro interdisciplinare e con l'autorità giudiziaria», «necessità di non affidarmi solamente al mio bagaglio di conoscenze teoriche e alla mia esperienza maturata sul campo, anche se consolidata da anni di professione: sono punti di riferimento importanti, ma insufficienti», e «cercare di rinfoltire la “cassetta degli attrezzi professionali”».*

Rispetto alla qualificazione professionale, invece alcune frasi esemplificative recitano *«integrare nella necessaria cornice multidisciplinare gli elementi conoscitivi rilevati nella fase di valutazione», «qualificare la segnalazione all'autorità giudiziaria, individuando al contempo un'idonea cornice progettuale d'intervento. Il nostro auspicio, tuttavia, è che tale strumento divenga patrimonio dell'equipe multiprofessionale, ambito nel quale dovrebbero sempre trovare una ricomposizione gli interventi volti a valutare le funzioni di parenting».*

L'auspicabilità del miglioramento della qualità del lavoro è introdotta da frasi riguardanti la volontà di *«intervenire nel modo più appropriato e corretto possibile» ed «evitare il rischio “che la soggettività dell'operatore comprometta l'esito della valutazione”».*

L'intento formativo, che ha mosso la prima fase del progetto permea sino alle mosse iniziali della sperimentazione ed è rappresentata da frasi come: *«credo che esso sia molto utile ai giovani assistenti sociali che, quando affrontano casi su cui è intervenuta l'Autorità Giudiziaria, vivono sentimenti di ansia e di inadeguatezza; ma utile anche agli esperti, perché la sicurezza, quando si tratta di capire le relazioni familiari, può giocare brutti scherzi» e «il progetto era originariamente volto a formare almeno un paio di tutor per ogni servizio».*

Anche per gli operatori le frasi analizzate sono state divise in 4 *cluster* a seconda dell'oggetto tematico: 2 sono comuni con i *desiderata* degli organizzatori del progetto, ovvero la necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale e la qualificazione professionale, mentre il miglioramento della qualità del lavoro e le esigenze formative lasciano il posto all'unificazione delle pratiche professionali e alla valutazione della condizione di benessere dei minori e dei rischi effettivi a cui la situazione familiare li espone.

Per quanto riguarda il metodo una frase, più di tutte rappresenta e sintetizza il parere degli operatori coinvolti nel progetto di ricerca-azione: *«certo che la scheda sistematizza. In qualche modo questa scheda ti aiuta però bisogna sperimentarsi perché effettivamente qui entra in gioco tutto il fatto di gestire con certezza, perché alle volte ti capita comunque che te la devi gestire lì per lì, magari perché quel giorno l'utente è agitato e lo scopri così... però certo la sistematicità sicuramente aiuta. Però sono cose che accadono nei colloqui».*

Rispetto alla qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi tre sono le frasi esemplificative: *«riteniamo fondamentale il lavoro interdisciplinare»*, *«necessità della condivisione in gruppo anche con l'aiuto di un professionista psicologo»* e *«forte capacità di ascoltare l'altro è di auto-ascoltarsi, è un'attenzione di setting che è emersa più volte nelle colleghe che hanno cercato di rileggere insieme alle persone i commenti che venivano espressi, riprendendo parte delle frasi che loro stessi avevano detto e cercando di dare una rielaborazione condivisa».*

Anche il tema dell'unificazione delle pratiche professionali ha un periodo emblematico, riferito da una assistente sociale che sostiene: *«si dovrebbe lavorare un po' tutti nello stesso modo perché in caso contrario si creano delle situazioni per cui c'è una collega di un territorio che si trova da sola e altre che invece riescono a controllare emotivamente le proprie sensazioni».* La finalità principale del progetto, il suo fine ultimo, ovvero la valutazione delle capacità di *parenting* ritorna anche tra le frasi relative alle aspettative degli sperimentatori, e può essere ben rappresentata dal pensiero di una assistente sociale che parlando della propria esperienza di sperimentazione degli strumenti all'interno dell'*equipe* di lavoro riferisce: *«le esigenze comunque quella di valutare quindi concediamoci con operatori il tempo per riflettere sugli elementi della nostra valutazione, alle volte c'è un vuoto quindi ci siamo anche detti che è importante destrutturare un po' il nostro approccio per poter in qualche modo realizzare tutto il percorso».*

2.2 Durante la sperimentazione

Nel corso della sperimentazione, nella fase più fattiva del progetto, si sono svolti regolarmente incontri di supervisione agli operatori, dalla cui trascrizione è stato possibile analizzare l'evoluzione delle loro aspettative per vedere come queste avevano preso corpo nel pieno del progetto di ricerca-azione.

Si sono individuate 54 frasi riferite a questo tema, classificate secondo le categorie precedentemente individuate. Come si può notare dell'analisi della tabella 7.6 la maggior parte delle proposizioni riguarda la necessità di acquisire un metodo specifico per lo svolgimento dell'attività professionale, la valutazione appare invece come una motivazione secondaria. Non compaiono la tematica formativa e l'unificazione delle pratiche professionali, compatibilmente con l'evoluzione del progetto stesso. Di fatti dopo i primi incontri formativi, il gruppo degli operatori appare più sicuro relativamente alla necessità di formarsi sulla materia del progetto, e pare condividere la finalità sperimentativa, in un clima di coesione ed alleanza che probabilmente motiva il venir meno delle aspettative rispetto alla necessità di uniformare le pratiche professionali. Il progetto sviluppato nel territorio bolognese pare quindi aver creato una comunità

professionale capace non solo di basare le proprie pratiche su riferimenti metodologici precisi ed *evidence based* ma anche di creare coesione all'interno di gruppi di lavoro eterogenei ed afferenti a diverse realtà territoriali.

Tab. 7.6 Aspettative durante la sperimentazione

Aspettative	Numero frasi
Metodo: necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale	19
Miglioramento della qualità del lavoro	15
Qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi	13
Formazione	0
Valutazione della condizione di benessere dei minori e dei rischi effettivi a cui la situazione familiare li espone	7
Unificazione delle pratiche professionali	0
N. validi	54

Per approfondire le aspettative degli sperimentatori nel corso dell'implementazione del progetto si riportano di seguito alcune frasi, tratte dai *focus-group* condotti con le assistenti sociali partecipanti alla ricerca-azione, esemplificative di ogni *cluster*:

- Metodo: necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale
«Ovviamente io di questo nucleo avevo poche informazioni, molte le ho raccolte tramite la cartella, gli ultimi interventi risalivano al 2011 e io ho dovuto riprendere un po' in mano il tutto», «Nel secondo colloquio, abbiamo l'area socio economica, descrittiva, una parte in cui non si entra nel dettaglio ma anche se la conoscevo bene racconta cose che non sapevo» e «Quindi magari puoi fare una minima introduzione, "oggi ci vediamo qua e l'obiettivo è come condurre questa indagine, alcune informazioni ovviamente le abbiamo già, ci conosciamo già da tanto tempo... però proviamo un po' come dire a guardare la vostra situazione anche da un'altra angolatura... quindi un po' come se fosse una nuova storia ex novo e poi un po' una presentazione e poi sottoponi alla fine dell'incontro e il primo incontro potrebbe essere proprio sulle aspettative» e «Io ho iniziato ad accogliere le loro storie, le loro anamnesi, però pensavo di farlo in maniera un po' più strutturata... Utilizzando...»;
- Miglioramento della qualità del lavoro
«Uno era una separazione conflittuale ed era un sfida perché negli incontri che faccio una volta al mese per regolamentare gli incontri eccetera... è molto faticoso, adesso almeno 20 minuti si riesce a parlare prima non iniziavo quasi perché si alzavano molto i toni. Il mio obiettivo è trovare un punto comune con gli strumenti. Pensavo di partire dai bambini», «Ho scelto tre casi in cui ci sono gli spazi per lavorare, in cui c'è un buon rapporto con la famiglia e quindi penso che siano disponibili a lavorare, e tre invece più

difficili rispetto alle quali ho pensato “cogliamo la sfida e proviamo”» e «Interessante anche per noi capire se questi strumenti in questa situazione così cronica riescono a spostare le cose insomma...»;

- Qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi

«Gli strumenti mi sono accorta che sono molto utili perché permettono di mettere nero su bianco le cose e di poterle far vedere all'altro. La mamma ha realizzato e rielaborato tutto quello che aveva scritto», «Nell'applicazione dello strumento ho pensato che far parlare un adolescente di se stesso sia molto azzeccato, che dopo una prima resistenza son tutti felici di parlar di sé stessi. Lei poi aveva bisogno assolutamente di raccontare delle cose, ha parlato del grave maltrattamento subito della mamma, che lei ha chiamato l'ambulanza quando la mamma è finita in ospedale, che lui aveva a che fare con le sostanze e cominciò a venir fuori anche il risentimento nei confronti della mamma, come dire “tu non mi hai protetto”» e «Quindi anche qua un pochino bisognerà aiutare questa mamma a capire che quanto più tu riesci a fare un'indagine completa e approfondita... quanto più sei garante del fatto che venga rappresentata la loro situazione quindi è una garanzia anche per loro il fatto che tu riesca a portare avanti questa indagine e comunque la devi fare perché ti è stata richiesta...in un modo scientifico... E approfondito ecco»;

- Valutazione della condizione di benessere dei minori e dei rischi effettivi a cui la situazione familiare li espone

«A settembre finirò il percorso di valutazione e vorrei dare la restituzione delle cose fatte» e «Sono strumenti che io contavo di utilizzare per la valutazione. Ho dei tempi molto stretti, che solo tre mesi, pensavo comunque dopo una prima valutazione di chiamare il giudice e approfondire eventualmente in un secondo momento».

2.3 A conclusione della sperimentazione

Per completare l'analisi delle aspettative degli operatori si è compreso un blocco di domande riguardanti questa tematica nelle interviste condotte a conclusione del periodo di sperimentazione con un gruppo di dieci assistenti sociali partecipanti al progetto.

Anche in questo caso le frasi analizzate afferiscono alle categorie individuate relativamente agli *step* precedenti del progetto, rispetto ai quali si citano alcune frasi significative:

- Metodo (necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale)

«Sicuramente mancavano nel servizio degli strumenti, non ne avevamo proprio, per cui era un'esigenza sentita da me prima di tutti ma poi anche un'esigenza del servizio» e «E poi dopo quando si è costituito il primo gruppo per l'elaborazione degli strumenti, sì, mi ricordo che è stato proprio molto piacevole sin dall'inizio, nel senso che comunque, tutte avevamo aspettative molto forti rispetto a quello che sarebbe potuto accadere fuori perché sentivamo proprio il bisogno dopo questo corso di formazioni di mettere insieme le cose che avevamo acquisito e elaborare qualcosa di concreto che potesse aiutarci comunque

no!? E quindi c'erano molte aspettative, era molto chiaro, penso, lo dico per me ma l'ho visto anche nelle altre, c'erano molte aspettative rispetto a questo. E quello che diciamo potevo avere io era sia legato proprio a un bisogno di acquisire degli strumenti concreti perché comunque molto spesso soprattutto sui casi complessi, soprattutto qui... che ci occupiamo di abuso e maltrattamento, cioè senti proprio quella sensazione a volte di non essere... cioè di aver visto nelle famiglie degli aspetti, di aver valutato, però hai bisogno di qualcosa che ti da in maniera più oggettiva un metro per valutare anche... La valutazione che poi hai fatto... E quindi più che altro questo direi...»;

- **Miglioramento della qualità del lavoro**

«Avevo una grossa aspettativa su quella che era la condivisione del progetto di intervento sulla condivisione e poi sulla co-progettazione, perché è una cosa sulla quale un po' mi sento carente», «Qualità della informazioni raccolte, e sul modo in cui sono riuscita ad utilizzare quel monte di informazioni che sono tante e qualitativamente buone perché poi si vanno a esplorare torno a dire in ambiti che talvolta comunque non si va a toccare. E come sono riuscita a utilizzare poi per tradurle in una relazione e poi quindi in una proposta per l'autorità giudiziaria» e «Ampliare le ipotesi di intervento, perché se prima nella nostra metodologia classica avevamo le classiche ipotesi di intervento, forse con una visione più ampia, riesci ad avere più spazio anche per progettare, creare... Ipotesi alternative... E forse normalmente non ci penseresti... Non lo so. Non ti sarebbero visibili»;

- **Qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi**

«Questo sicuramente, il qualificare il mio lavoro era... Rientrava tra gli obiettivi. Una volta letta quella che era la tematica della formazione è logico che poi sei mossa anche da una aspettativa di qualificare maggiormente il tuo lavoro. Soprattutto in un ambito come quello, in cui si dicono sempre le stesse cose però fondamentalmente è questo... Dove c'è un senso di solitudine molto forte. Poi dipende dai territori, in questo territorio il senso di solitudine è molto forte, quindi un servizio che si ritrova a svolgere un compito molto complesso il più delle volte in solitudine e arrivare a qualificare il tuo lavoro, ti aiuta a renderti un po' più sicura» e «Forse il fatto di avere anche questa possibilità, questa formazione. Anche il fatto di avere degli strumenti magari come c'hanno le psicologhe loro... serve un po' a "professionalizzare" anche proprio forse l'immagine che i cittadini hanno, per cui, credo che serva anche a creare una struttura del servizio. Un'immagine del servizio più strutturata nel senso che quando poi si fanno delle cose scritte e magari poi l'utente partecipa e sa e può vedere, può verificare, può discutere di cose. So che è stato proprio detto e scritto...»;

- **Formazione**

«Quello che mi ha spinto intanto alla formazione è stato il tema, proprio il tema della formazione. Quindi un approfondimento sulla valutazione delle cure parentali anche da chi è arrivata la proposta della formazione per me era interessante quindi. È arrivata dal Faro. E conoscendo la tipologia del servizio mi ha incuriosito. Poi andando avanti con la formazione l'interesse è aumentato perché siamo entrati nello specifico degli strumenti messi a punto dal gruppo precedente»;

- Valutazione della condizione di benessere dei minori e dei rischi effettivi a cui la situazione familiare li espone
«Perché soprattutto la valutazione, su problematiche così ampie, così importanti, così delicate, la parte discrezionale, a volte potrebbe avere il sopravvento, invece dal mio punto di vista, più c'è possibilità di oggettivare, meglio è» e «Proprio rispetto alla valutazione specifica della genitorialità, visto che è un tema complesso e comunque lasciato anche molto alla libera gestione degli operatori, io credo sia utile avere degli strumenti che tutti possiamo utilizzare, e che ci danno una indicazione comune; è anche capitato in un momento storico in cui poter conoscere meglio le persone, provando gli strumenti ho poi capito che in tutte le situazioni in generale è utile approfondire avendo comunque uno schema di riferimento»;
- Unificazione delle pratiche professionali
«Abbiam notato proprio la diversità in questi anni delle modalità di raccolta delle informazioni tra le varie colleghe, per cui l'obiettivo era cercare di trovare degli strumenti che servissero un po' ad omogeneizzare comunque il lavoro di tutte le colleghe del servizio...» e «La fatica è non avere un parametro comune, una guida di riferimento, qualcosa che ti fa comunque ragionare, altrimenti il rischio è che nelle situazioni uno utilizzi delle metodologie un po' differenti e invece quello ti tiene lì, le schede, riproporre le stesse domande, somministrare gli stessi strumenti, ti aiuta».

Tab. 7.7 Aspettative a sperimentazione conclusa

Aspettative	Numero frasi
Metodo: necessità di strumenti specifici per lo svolgimento dell'attività professionale	9
Miglioramento della qualità del lavoro	9
Qualificazione professionale, con riferimenti alla possibilità di migliorare l'integrazione con altri operatori socio-sanitari ed educativi	9
Formazione	6
Valutazione della condizione di benessere dei minori e dei rischi effettivi a cui la situazione familiare li espone	6
Unificazione delle pratiche professionali	6
N. validi	45

Come si nota dall'analisi della tabella 7.7 si sono isolate 45 frasi relative alle aspettative degli operatori raccolte nel corso delle interviste condotte a conclusione del periodo di sperimentazione degli strumenti di diagnosi sociale. La maggior parte delle proposizioni fanno riferimento ai temi del metodo, della qualità del lavoro e della qualificazione professionale, mentre risultano rappresentati in modo secondario la motivazione formativa, la valutazione e l'unificazione delle pratiche professionali.

3. Gli strumenti

Per analizzare l'utilizzo dei vari strumenti di diagnosi sociale nel corso del progetto si sono ricercate tutte le frasi che facevano riferimento a questa tematica, espresse dagli operatori nel corso sia degli incontri formativi che hanno preceduto la sperimentazione vera e propria, sia delle riunioni di supervisione al progetto, condotti principalmente con la metodologia del *focus-group*. Si sono considerate inoltre le frasi contenute nelle interviste ad operatori e familiari coinvolti nella ricerca-azione.

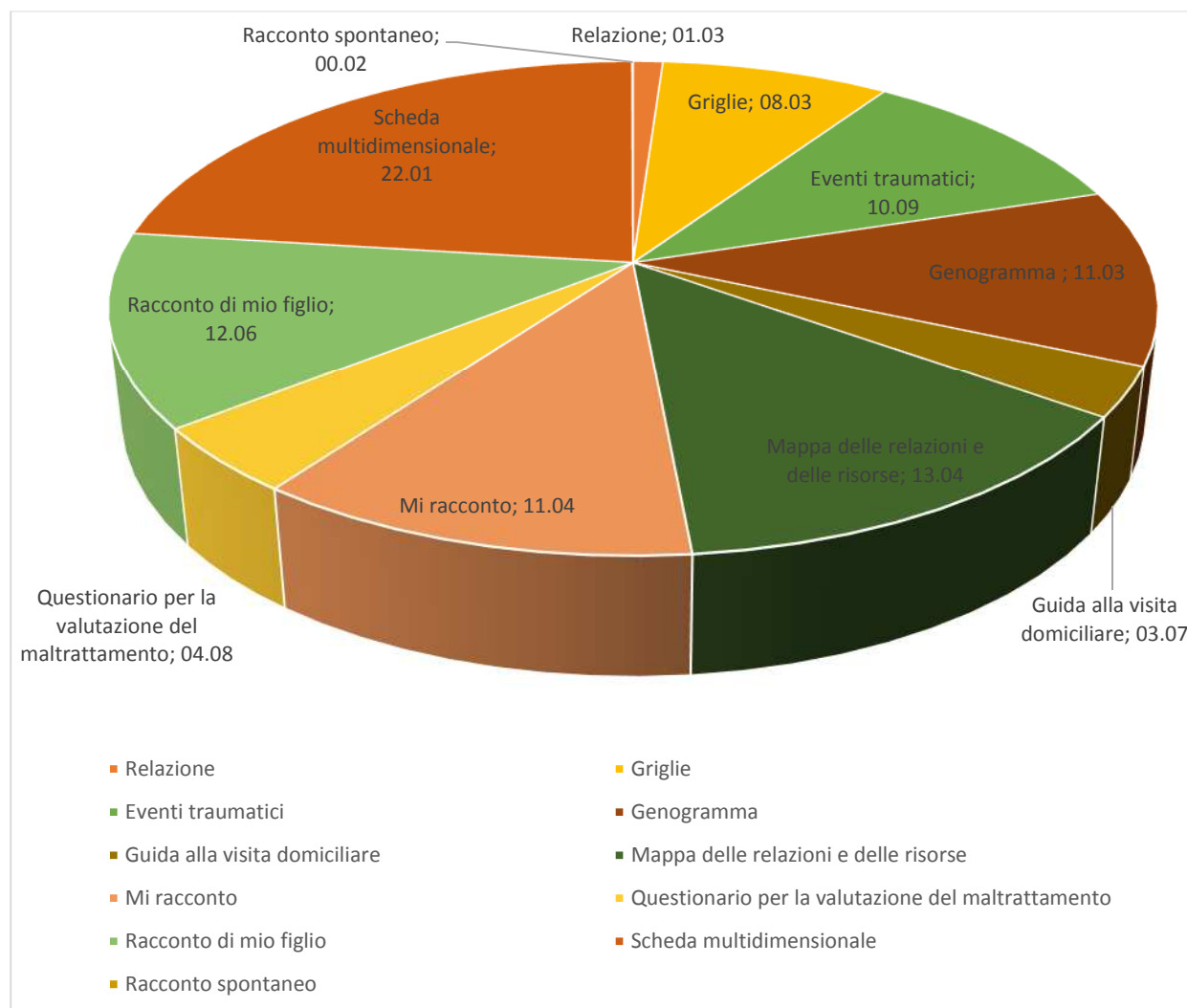
Tab. 7.8 Utilizzo strumenti focus-group

Strumenti utilizzati	Preliminare	Sperimentazione	Valore assoluto totale	Percentuale
Relazione	1	4	5	1.3
Griglie	5	26	31	8.3
Eventi traumatici	12	29	41	10.9
Genogramma	15	27	42	11.3
Guida alla visita domiciliare	5	9	14	3.7
Mappa delle relazioni e delle risorse	6	44	50	13.4
Mi racconto	2	41	43	11.4
Questionario per la valutazione del maltrattamento	6	12	18	4.8
Racconto di mio figlio	5	42	47	12.6
Scheda multidimensionale	35	48	83	22.1
Racconto spontaneo	1	0	1	0.2
N validi	93	282	375	100

Come emerge dalla tabella 7.8 nell'analisi delle frasi espresse durante i *focus-group* si sono suddivise le proposizioni emerse nel corso degli incontri preliminari, a carattere prettamente formativo, condotti con la finalità prioritaria di preparare il gruppo degli operatori alla sperimentazione degli strumenti di valutazione delle capacità genitoriali, da quelle riportate nel corso della sperimentazione vera e propria, durante l'implementazione del progetto di ricerca-azione.

Si evidenzia una progressiva crescita nel numero delle frasi riferite ad ogni strumento, a conferma della maggiore dimestichezza acquisita dagli operatori nei confronti delle metodologie sperimentate con il procedere del progetto e l'implementazione delle varie fasi, che sembrano aver contribuito alla creazione di un clima di fiducia interno al gruppo, tale per cui i vari partecipanti al progetto si sono gradualmente aperti ad un confronto sempre più partecipato e coinvolto rispetto alla esperienza maturata nel corso della sperimentazione.

Imm. 7.1 Utilizzo strumenti focus-group



Secondo quanto emerso dall'analisi delle trascrizioni delle supervisioni agli operatori che hanno partecipato alla sperimentazione i cinque strumenti di diagnosi più nominati (con una generale tendenza alla stabilità tra la fase preliminare e quella della sperimentazione vera e propria) sono: scheda multidimensionale (22.1%), mappa delle relazioni e delle risorse (13.4%), racconto di mio figlio (12.6%), mi racconto (11.4%) e genogramma (11.3%).

Poiché i cinque strumenti suddetti rappresentano il 70.8 % delle proposizioni aventi per oggetto i metodi di diagnosi sociale si è ritenuto opportuno confrontare tale risultato con quanto emerso dalle interviste a operatori e familiari coinvolti nel progetto, per verificare se il maggior numero di frasi riferite ad un particolare strumento potesse essere interpretato come indicatore di efficacia dello stesso. Nel corso delle interviste si è quindi chiesto ai vari partecipanti di fare riferimento alla propria esperienza diretta per descrivere uno degli strumenti evidenziandone limiti e potenzialità.

Tab. 7.9 Utilizzo strumenti interviste operatori

Strumenti utilizzati	Valore assoluto
Relazione	0
Griglie	1
Eventi traumatici	3
Genogramma	5
Guida alla visita domiciliare	0
Mappa delle relazioni e delle risorse	1
Mi racconto	12
Questionario per la valutazione del maltrattamento	2
Racconto di mio figlio	8
Scheda multidimensionale	3
Racconto spontaneo	0
N validi	35

Tab. 7.10 Utilizzo strumenti interviste familiari

Strumenti utilizzati	Valore assoluto
Relazione	0
Griglie	0
Eventi traumatici	0
Genogramma	0
Guida alla visita domiciliare	1
Mappa delle relazioni e delle risorse	4
Mi racconto	2
Questionario per la valutazione del maltrattamento	0
Racconto di mio figlio	1
Scheda multidimensionale	0
Racconto spontaneo	0
N validi	8

Come emerge dall'analisi comparata delle tabelle 7.9 e 7.10 relative all'utilizzo degli strumenti secondo quanto emerso nel corso delle interviste lo strumento che più ricorre nei racconti dei partecipanti al progetto è quello finalizzato al colloquio con i minori, in cui attraverso la presentazione di alcune schede tematiche si sollecita la narrazione delle vicende familiari e la descrizione di sé stessi. Nelle interviste agli operatori spesso tale strumento viene comparato con quello per i genitori, denominato "racconto di mio figlio", poiché le assistenti sociali riferiscono di averli trovati particolarmente utili entrambi, sottolineando come il confronto tra quanto emerso dal racconto dei figli e la loro descrizione effettuata dai genitori abbia fornito un quadro piuttosto dettagliato del nucleo familiare, rispetto al quale è spesso stato possibile confrontarsi con i diretti interessati, che hanno dimostrato di apprezzare tale pratica, oltre che di cogliere l'opportunità di approfondimento per riflettere sulle caratteristiche del rapporto genitori-figli al fine di potenziare le capacità e le risorse familiari.

Secondo quanto emerso dai *focus-group* anche il genogramma e la mappa delle relazioni e delle risorse si configurano come strumenti di grande utilità per il lavoro delle assistenti sociali, tale dato viene confermato dagli approfondimenti condotti con le interviste, dalle quali emerge come l'utilizzo di tali strumenti abbia facilitato la ricostruzione dei rapporti all'interno del nucleo familiare allargato, permettendo di mettere in luce risorse che talvolta venivano date per scontato da utenti ed operatori, ma che potenzialmente costituivano una risorsa preziosa per il mantenimento della tutela e la promozione del benessere dei minori.

3.1 Gli strumenti nella sperimentazione

Volendo esaminare in profondità le frasi relative agli strumenti di diagnosi emerse nel corso della sperimentazione si è analizzata la tipologia di preposizioni, scindendo quelle che esprimevano un giudizio positivo, evidenziando come l'utilizzo degli strumenti abbia aggiunto valore alle metodologie professionali, da quelle che invece muovevano critiche all'iter di diagnosi sociale facendo emergere debolezze o criticità relative agli strumenti sperimentati.

Tab. 7.11 Scheda riassuntiva sperimentazione strumenti

Strumenti utilizzati	Giudizio positivo	Giudizio negativo
Relazione	3	1
Griglie	23	3
Eventi traumatici	29	0
Genogramma	27	0
Guida alla visita domiciliare	6	3
Mappa delle relazioni e delle risorse	43	1
Mi racconto	39	2
Questionario per la valutazione del maltrattamento	12	0
Racconto di mio figlio	41	1
Scheda multidimensionale	41	7
Racconto spontaneo	0	0
N validi	264	18

3.1.1 La scheda socioanamnestica multidimensionale

Riguardo lo strumento della scheda socioanamnestica multidimensionale si sono isolate 48 frasi di cui 41 a valore positivo e 7 in cui venivano mosse critiche allo strumento e gli operatori descrivevano le difficoltà incontrate nella sua applicazione pratica, sperimentata nel corso del progetto di ricerca-azione.

Parlando della propria esperienza di sperimentazione di questo strumento una assistente sociale evidenzia:

Punti di forza

- Utile linea guida del colloquio
- Consente approfondimenti
- Introduce e sostiene gli altri strumenti dando continuità all'indagine

Punti di debolezza

- Richiede una ampia disponibilità di tempo/colloquio
- E' utile rivedere lo strumento prima dell'incontro per focalizzare i punti di interesse (senza restringere troppo)

In conformità con quanto emerso dalla narrazione dell'esperienza diretta di questa operatrice, la frasi emerse nel corso dei *focus-group* evidenziano l'utilità dello strumento quale guida per la conduzione dei colloqui, sottolineando al tempo stesso la sua mole importante e la necessità di dedicare tempo alla preparazione degli interventi: *«la scheda è un'ottima linea guida per il colloquio...consente approfondimenti che non mi aspettavo. Certo richiede tempo ma alla fine è utile. E' lunga... io sono già arrivata a sei colloqui ma non ho ancora iniziato a parlare del bambino.»* o ancora *«è davvero utilissimo prepararli prima i colloqui, è indispensabile anche perché queste sono situazioni che conosco già, quindi tante informazioni le ho già, però poi via via vedo la scheda e dico "questa è una domanda interessante da fare, questo è un punto che non ho mai trattato" quindi molto utile. Per lo meno, ecco, ho fatto un paio di colloqui utilizzando la scheda e l'ho trovato molto utile».*

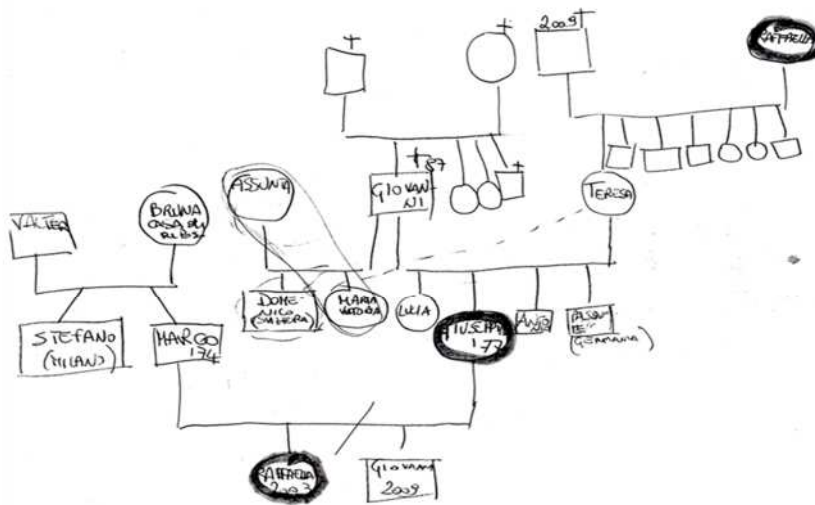
3.1.2 Il genogramma

Questo strumento è stato descritto dai partecipanti ai *focus-group* attraverso l'utilizzo di 27 frasi, tutte a valenza positiva che rimandano alla possibilità di:

- Approfondire la conoscenza del nucleo familiare allargato
«Nell'ultimo caso ho da sotto proposto il genogramma, l'ho proposto partendo da lei, che mi aveva dato sollecitazioni sulla sua famiglia, ed è stato molto utile per capire come su si colloca su tre generazioni. Lei ha aderito molto bene, l'ho fatto utilizzando anche colori diversi che poi ha ripreso nella parte di analisi»;
- Indagare il tipo di relazione tra i vari membri della famiglia
«Il genogramma dalla mia esperienza è utile già dai primi colloqui... soprattutto nelle situazioni complesse e coinvolge molto l'utente perché è proprio un lavoro che parte da loro e fa emergere le relazioni familiari fino a 3 generazioni e la cosa non è male perché tira fuori il vissuto emotivo»;
- Facilitare la comprensione di culture diverse da quelle dell'operatore
«Ho fatto il genogramma con la mamma e parte l'estensione, in più a lei è stato utile per spiegare gli usi e costumi che non si riducono al legame. La prima figlia non vive con i genitori ma con il nonno paterno come se fosse la principessa della comunità. Con il genogramma mi ha permesso di spiegarmi tutto il percorso».

Una assistente sociale descrivendo la propria esperienza di sperimentazione dello strumento mostra il disegno elaborato con il nucleo familiare ed esplicita alcune riflessioni.

Imm. 7.1 Genogramma fornito da una assistente sociale aderente al progetto



12.6.13

- Consigliabile già dai primi colloqui
- Apre alla comprensione dei legami familiari
- Semplifica la comprensione dei legami, specie in famiglie ricomposte o complesse
- Coinvolge l'utente nella rappresentazione grafica
- Permette di fare emergere le relazioni intrafamiliari di almeno tre generazioni
- Consente un approfondimento del vissuto affettivo ed emotivo

3.1.3. La mappa delle relazioni e delle risorse

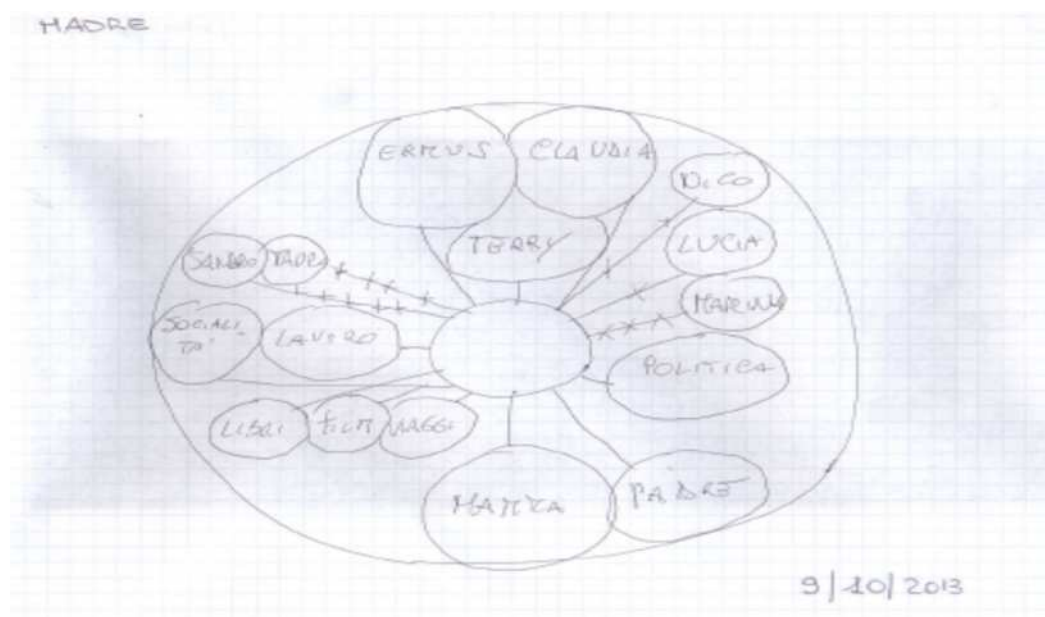
Delle 44 frasi riferite a questo strumento che si sono isolate nella analisi dei *focus-group* solo una evidenzia una potenziale minaccia nel suo utilizzo, relativa alle difficoltà che potrebbero insorgere al momento della restituzione degli esiti ai vari componenti del nucleo familiare: «io l'ho fatto in maniera un po' diversa, perché avevo una separazione conflittuale e ho somministrato i cerchi familiari, prima alla bimba, che è quella che ho portato al convegno, poi dopo l'ho somministrato al papà, però la restituzione l'ho fatta in maniera separata, non ho pensato a farlo insieme alla bimba e al papà in contemporanea, gliel'ho somministrato in maniera separata e poi ho detto alla bimba "guarda ho somministrato la stessa cosa al papà ed è venuto fuori questo" però insieme non ci ho pensato, sinceramente. A me è servito, però bisogna un po' tastare il terreno, poi ti rendi conto tu se è il caso di restituirlo insieme o meno».

Una lettura analoga emerge dalla presentazione di un caso pratico, che una delle partecipanti al progetto di ricerca-azione ha condiviso con il gruppo, nel corso di uno degli incontri di supervisione.

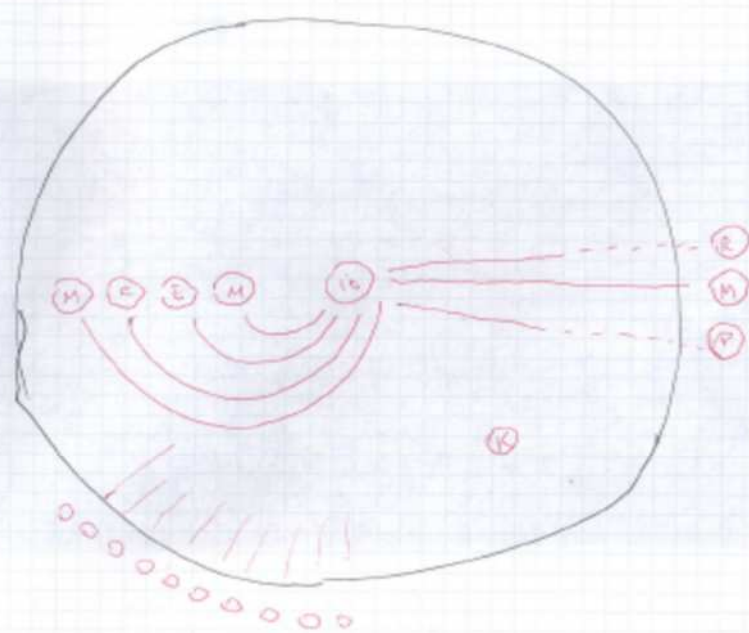
Si trattava di un nucleo composto da padre e madre e due figli, M. 14 anni e F. 11 anni in cui la problematica familiare prevalente era la separazione conflittuale tra i genitori. Vigeva un decreto che dispone la regolamentazione di modalità e tempi di incontro madre-figli, poiché gli stessi sono collocati presso la dimora paterna. L'operatrice ha deciso di utilizzare lo strumento "mappa delle relazioni e delle risorse" per entrambi i genitori e i ragazzi con la finalità di verificare l'andamento degli incontri madre/figli e di effettuare una valutazione sull'appropriatezza e efficacia dell'intervento.

L'utilizzo dello strumento era stato quindi previsto con l'obiettivo di approfondire il confronto tra i punti di vista dei vari componenti del nucleo familiare, i quali hanno rappresentato la propria famiglia secondo quanto segue.

Imm. 7.2 Mappa delle relazioni e delle risorse fornita da una assistente sociale aderente al progetto

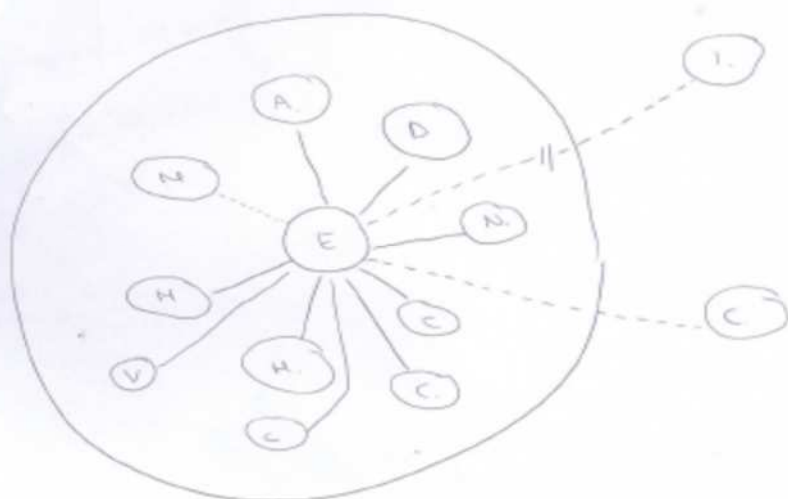


PADRE

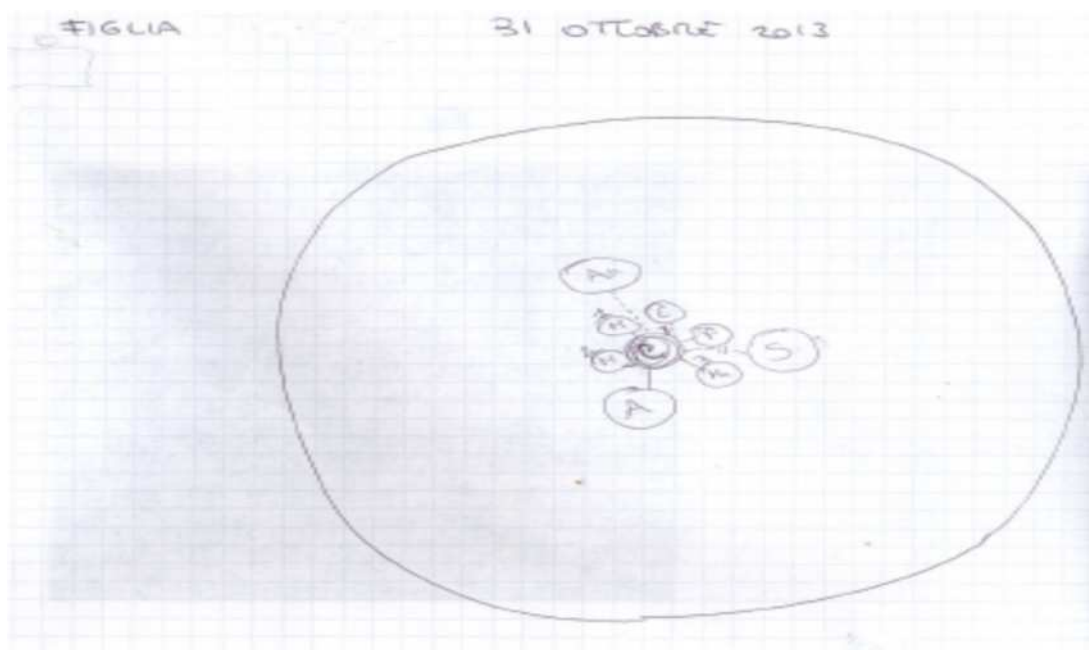


23 Ottobre 2013

FIGLIO E



24 OTTOBRE 2013



L'operatrice evidenzia i seguenti aspetti positivi:

- Approccio ecologico/sistemico (fa emergere tutto il mondo relazionale della persona e il suo significato/valore, oltre la singola relazione);
- Valore progettuale (strumento va calato oltre gli obiettivi del singolo colloquio);
- Facilita il confronto tra i punti di vista/vissuti, li oggetti vizza;
- Consente aggiornamento e verifica per *step* temporali su cambiamenti nelle relazioni.

E riflette sui seguenti aspetti relazionali:

- Assenza di resistenze, buona disponibilità all'uso dello strumento (Base: costruzione della relazione con l'operatore);
- Gestione conflittualità di coppia (non detti, non oggettività di vissuti e dinamiche familiari, connessioni mancanti tra i vissuti, sapersi mettere nei panni degli altri, strumentalizzazioni);
- Impatto grafico e attivazione riflessiva.

Al tempo stesso l'assistente sociale evidenzia una criticità da lei rilevata, relativa al momento della restituzione riferendo di essersi chiesta «*Con chi, come farla e cosa si può dire?*» e «*Come proporla e come gestire la relazione?*». Ella riferisce di aver concepito la restituzione come un momento di confronto e non semplicemente come il proprio resoconto rispetto alle attività svolte con i familiari, dunque nella propria esperienza nel corso della sperimentazione ha deciso di iniziare i colloqui di restituzione chiedendo come si erano sentite le persone e cercando poi di facilitare i collegamenti tra i vari stati d'animo riprendendo elementi concreti emersi nel corso dell'utilizzo dello strumento. Segnala l'importanza di non far vivere al minore una esperienza di tradimento da parte dell'operatore, quindi suggerisce di informare i minori qualora le informazioni da loro rivelate verranno riutilizzate dall'operatore nel corso di colloqui con i

genitori. Riprendendo quanto successo nella sperimentazione dello strumento su di un caso concreto evidenzia:

- Vantaggi, prendere atto del proprio sentire e di quello degli altri; dare voce;
- Rischi, esposizione dei minori alle dinamiche tra adulti.

3.1.4 Racconto di mio figlio

Lo strumento finalizzato a sollecitare il racconto del figlio da parte dei genitori è tra i più menzionati nel corso dei *focus-group*, dalla cui analisi sono emerse ben 42 proposizioni riferite alla sua applicazione, di cui solo una che evidenzia aspetti critici.

Tra le frasi di apprezzamento emerge la facilità di somministrazione *«Ho usato questo strumento perché mi sembrava più semplice nella formulazione»* e la capacità dello strumento di facilitare la narrazione e accogliere il punto di vista dei vari membri della famiglia *«vedevo da parte loro un coinvolgimento e soprattutto li vedevo molto interessati rispetto a quanto emergeva man mano che facevamo lo strumento, mentre lo elaboravamo. E molte coincidenze rispetto a quanto erano emerse nel ragazzino, emergeva in loro... La cosa positiva è che in alcune situazioni loro si sono rivisti, hanno visto i loro comportamenti... come i loro comportamenti erano proprio visti dal ragazzino, quindi il fatto... Ad esempio il padre mi diceva “ah, adesso I. dice mamma...” e dice mamma...»*.

L'aspetto critico evidenziato riguarda la necessità di seguire la consegna per la somministrazione, che può risultare difficile con persone che non riescano a comprenderne a pieno il significato per problematiche personali *«mi son trovata che la mamma ha fatto molta fatica ad approcciarsi con lo strumento, perché lei non si riconosce nella suo disagio mentale, quindi lei ha voluto fare da sola. Io ho rispettato la sua decisione, glielo ho sottoposto e le ho chiesto di stare nel quadrato, perché questa è l'indicazione che avevo capito, e poi le ho detto “lei si esprima come crede poi magari ci riguardiamo insieme”»*.



PV
MADRE 3/8/12
Allegato 4

Racconto di mio figlio

Racconto di mio figlio

Come va a scuola e il suo rapporto con gli insegnanti

Prova bene a scuola, ha pochi amici, gli insegnanti sono molto attenti a lui.

Racconto di mio figlio

Come lo proteggo dai pericoli e come gli/le dimostro il mio affetto

Veronica è molto attenta, si confida poco, però sempre presente, dice le cose di cuore e lo fa solo con una cipria.

Racconto di mio figlio

In che modo cerco di insegnargli/le a rispettare le regole

Non è necessario darle delle regole perché è molto tranquilla.

Racconto di mio figlio

La sua salute e la sua crescita

Quasi non ci sono stati tanti problemi di salute.

La valutazione delle Cure Parentali - Strumenti per la Diagnosi Sociale

2

Racconto di mio figlio

Il suo rapporto con i fratelli e con gli altri membri della famiglia

Relato rispetto ai suoi fratelli, da parte di alcune volte, il padre è molto presente, con il resto della famiglia c'è poca legione solo con me, nella e con sua figlia.

Racconto di mio figlio

Come gioco con lui/lei e come lo aiuto nei compiti

Non lavoro, non gioco con lui, è autonomo nei compiti.

Racconto di mio figlio

Le cose che gli/le piacciono e quelle che non gli/le piacciono

Le piace studiare e i colori della casa e dei fratelli.

Racconto di mio figlio

Le relazioni con i suoi amici e gli adulti cui è particolarmente affezionato

Pochi amici, molto affezionato alla nonna e alla cippia, esce poco, ha avuto un rapporto solo per poco tempo.

La valutazione delle Cure Parentali - Strumenti per la Diagnosi Sociale

Racconto di mio figlio

Mi racconto come genitore: nelle mie
capacità e nei miei limiti

Ero molto felice quando
è nato mio figlio come
calcolavano, mi sono sentito
pieno di vita, gli ho dato
tutto quello che ho potuto
fargli sapere, l'ho fatto
e colui che mi ha dato
ho dato di tutto.

Racconto di mio figlio

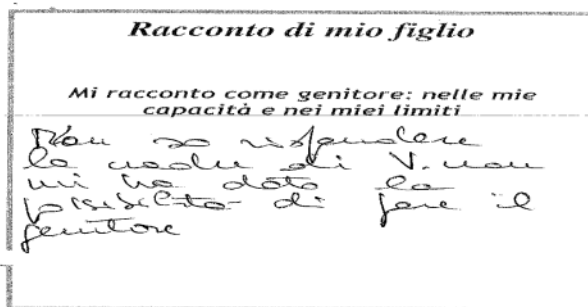
<p>Racconto di mio figlio</p> <p>Come va a scuola e il suo rapporto con gli insegnanti</p> <p>A scuola va bene con i compagni e con gli insegnanti</p>	<p>Racconto di mio figlio</p> <p>Come lo proteggo dai pericoli e come gli/le dimostro il mio affetto</p> <p>Non lo proteggerò perché è un adulto e lo capisce veramente e lo proteggo frequentemente</p>
<p>Racconto di mio figlio</p> <p>In che modo cerco di insegnargli/le a rispettare le regole</p> <p>La vedo poco</p>	<p>Racconto di mio figlio</p> <p>La sua salute e la sua crescita</p> <p>Non ha mai avuto nessun problema</p>

La valutazione delle Cure Parentali - Strumenti per la Diagnosi Sociale

2

<p>Racconto di mio figlio</p> <p>Il suo rapporto con i fratelli e con gli altri membri della famiglia</p> <p>Con i fratelli non ha mai avuto nessun problema della madre con lui</p>	<p>Racconto di mio figlio</p> <p>Come gioco con lui/lei e come lo aiuto nei compiti</p> <p>Non ho mai fatto nessun problema con lui</p>
<p>Racconto di mio figlio</p> <p>Le cose che gli/le piacciono e quelle che non gli/le piacciono</p> <p>Andare a scuola e ricevere la grazia con me</p>	<p>Racconto di mio figlio</p> <p>Le relazioni con i suoi amici e gli adulti cui è particolarmente affezionato</p> <p>So che sta bene e alla noia</p>

La valutazione delle Cure Parentali - Strumenti per la Diagnosi Sociale



La valutazione delle Cure Parentali – Strumenti per la Diagnosi Sociale

3.1.5 Mi racconto

Anche lo strumento per favorire il racconto di sé da parte dei minori è uno tra i più nominati nel corso dei *focus-group*, in cui si rilevano ben 39 proposizioni di apprezzamento e 2 che evidenziano alcune debolezze.

Tra i pregi dello strumento emerge in modo predominante la capacità di favorire la narrazione, facendo emergere elementi intrapsichici e relazionali nonostante la semplicità nella somministrazione «la cosa che mi ha colpito è che ho somministrato lo strumento a un ragazzino, è un ragazzino di 13 anni che però sia fisicamente che emotivamente ne dimostra molti meno e mi ha colpito molto l'interesse verso la scheda. Sono passate due ore con leggerezza e ho preferito chiudere perché non volevo fosse lui a chiudere», «ho somministrato il “mi racconto” a un ragazzino a cui avevo somministrato anche le “ecomappe” un po' di mesi fa, ed è stato bellissimo, perché mi ha tirato fuori nei suoi desideri quello di crescere bene e io sono rimasta così... Perché è un ragazzino in affido, c'ha 12 anni e io ho chiesto “cosa significa crescere bene?” e lui ha risposto “eh significa comportarmi bene, non avere a che fare con la polizia, con la droga, con l'alcool, col fumo” ... 12 anni...».

Una delle assistenti sociali rileva invece di essersi trovata in difficoltà nella somministrazione dello strumento e racconta come ha risolto la situazione «Nel momento in cui ho somministrato lo strumento al

bambino, che ha 8 anni, l'ho visto in difficoltà, forse perché si sentiva osservato quindi gli ho chiesto se si sentiva più tranquillo se uscivo. Lui ha risposto che preferiva di sì così sono andata in un'altra stanza e l'ho lasciato con la mamma perché io di lei mi fido...».

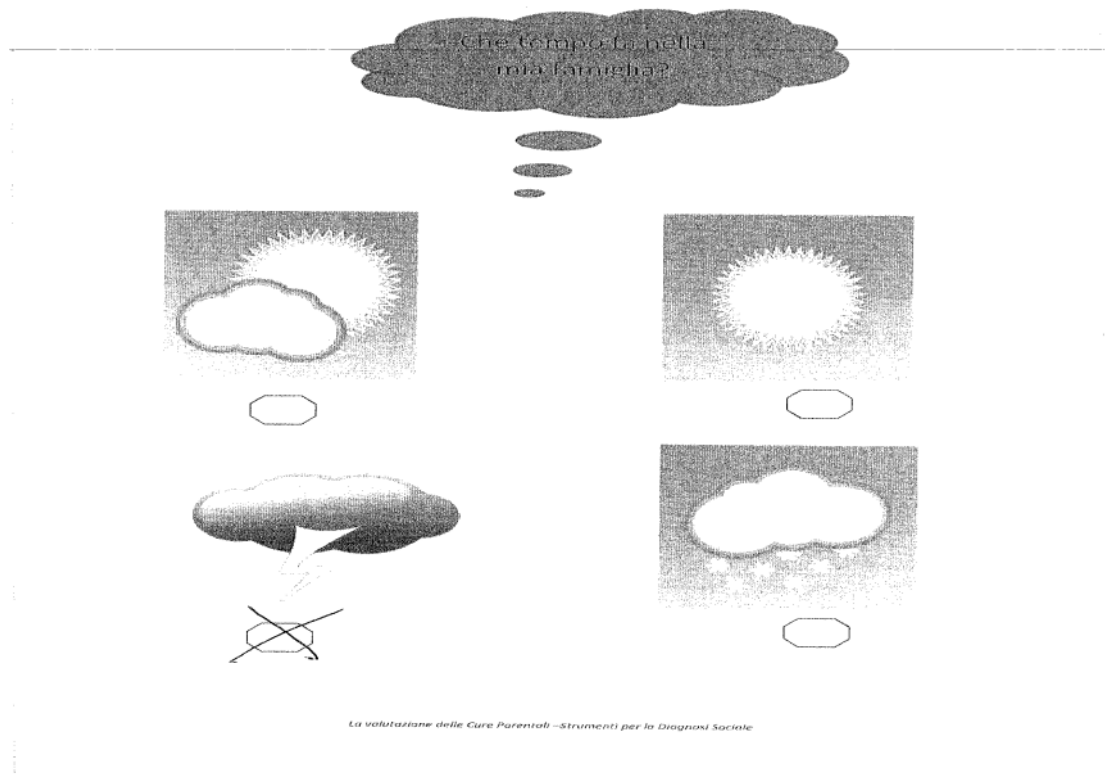
Imm. 7.4 Mi racconto fornito da una assistente sociale aderente al progetto

V.
06/09/2012
Allegato 5

Mi racconto

<p style="text-align: center;">Racconto</p> <p>La mia scuola, i miei compagni e i miei insegnanti</p> <p>Mi piace tanto la mia scuola, studio molto e i miei insegnanti dicono che sono brava. Non ho tanti amici, sono timida.</p>	<p style="text-align: center;">Racconto</p> <p>Con chi sto e cosa faccio quando non sono a scuola</p> <p>Quando non sono a scuola mi occupo dei miei fratelli. Quando sto male quando non si vuole alzare dal letto o non vuole mangiare, sostituisco la mamma, cucino, pulisco i bambini e li bacio.</p>
<p style="text-align: center;">Racconto</p> <p>Le cose che mi piacciono e quelle che non mi piacciono</p> <p>Mi piace andare a scuola, stare con i miei fratelli, uscire con una cugina. Non mi piace il campo fisso della mamma perché piccolo. Lei è a volte me e i bambini.</p>	<p style="text-align: center;">Racconto</p> <p>I miei parenti: i nonni, gli zii, i cugini</p> <p>I parenti di mio padre e anche lui. Li vedo poco, non si interessano di me. La mamma a volte me li vede poco perché lui litiga con la mamma. Vedo spesso la sorella della mamma e anche cugine.</p>

La valutazione delle Cure Parentali - Strumenti per la Diagnosi Sociale



3.1.6 La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori

Le 29 proposizioni analizzate che si riferiscono allo strumento per la raccolta degli eventi traumatici nella vita dei genitori hanno tutte valenza positiva.

Le operatrici riferiscono che l'utilizzo di questo strumento consenta di trattare tematiche dolorose, nel corso del colloquio con i genitori, senza apparire invasivi «Mi sono trovata meglio sugli eventi di natura traumatica perché è uno strumento che consente di ricostruire la loro storia, esperienze dolorose, di cui si può parlare. È stato uno strumento molto utile con il papà perché ha permesso che raccontasse senza paura degli eventi dolorosi della sua vita». Inoltre trattare queste tematiche permette agli operatori di accogliere la sofferenza altrui e comprendere a pieno le difficoltà familiari, a partire dai vissuti personali dei genitori «È stato molto importante lo strumento degli eventi traumatici perché facendogli le domande quando gli ho chiesto se aveva subito qualche molestia o qualcosa lui ha raccontato di un tentativo di molestia da parte di un estraneo mentre tornava da scuola che per lui è stata veramente una bomba. Lui praticamente si è chiuso, non ha detto niente ai suoi genitori. Lui me l'ha raccontato e lì si vedeva la fatica. Mi si è aperto un mondo. Mi ha detto che ne aveva parlato con la psichiatra del Sert ma mi ha fatto capire che non ne aveva parlato molto. Lui ha subito questa cosa, la mamma quando aveva 17 anni ha subito la molestia da parte del cognato...»

Nel corso di uno degli incontri di supervisione che si sono tenuti nel corso del progetto una delle assistenti sociali ha condiviso con il gruppo la propria esperienza di sperimentazione di questo strumento riflettendo sull'utilizzo dello stesso a partire dalla situazione familiare di un nucleo che la stessa aveva seguito pochi mesi prima.

Imm. 7.5 Traccia per la raccolta di eventi traumatici fornita da una assistente sociale aderente al progetto

M.O. 29 ANNI (madre)

Evento stressante	Risposta	Periodo	Età
Qualcuno ha mai provato a derubarla o a rapinarla usando la forza o la minaccia?	SI	Negli ultimi giorni	29
Qualcuno ha mai tentato o fatto irruzione in casa sua?	NO	/	/
Le è capitato di sentirsi seguita/o, pedinata/o, controllata/o?	SI	Da circa 10 anni, più accentuata negli ultimi 2 (mio marito)	17-27
Ha mai avuto un grave infortunio sul lavoro, in auto o da qualche altra parte?	NO	/	/
Ha mai vissuto una situazione in cui lei o i suoi cari vi siete sentiti in pericolo o siete stati feriti?	SI	Minacce ai miei familiari da parte di mio marito	Da anni
Ha subito la perdita improvvisa di qualcuno a lei particolarmente caro?	SI	Mio padre	20

18

M.O. 29 ANNI (madre)

Evento stressante	Risposta	Periodo	Età
Ha mai avuto una grave malattia a causa della quale si è sentito/a in pericolo di vita?	NO	/	/
Ha mai vissuto esperienze di guerra?	NO	/	/
Qualcuno ha mai toccato parti intime del suo corpo, o le ha fatto toccare le proprie parti intime con l'uso della forza o della minaccia?	SI	Mio marito	19
Ci sono state altre situazioni in cui un'altra persona ha cercato di usare la forza con lei?	SI	I miei genitori	?
Qualcuno l'ha mai minacciata con un'arma o un altro oggetto pericoloso?	SI	Mio marito	27
Qualche familiare le ha mai provocato ferite o danni fisici?	SI	Mio padre e mio marito	?
Ha incontrato altre situazioni particolarmente stressanti diverse da quelle qui elencate?	SI	Vivere in strada	29

19

Secondo quanto riferito dall'assistente sociale gli operatori dell'area medica e psicologica ritenevano utile un colloquio congiunto tra i due genitori. Con il supporto dello strumento di valutazione, somministrato ad ambo i genitori, si è evidenziato il livello elevato di violenza paterna e l'inopportunità di tale confronto. Dai risultati dell'indagine socio-psico-clinica e dal confronto con il Servizio Sociale Minori territoriale si è giunti a:

- Segnalazione all'autorità giudiziaria minorile ed ordinaria;
- Collocamento in luogo protetto della minore con la madre;
- Progetto realizzato in tempi brevissimi dato il rischio di potenziali atti aggressivi agiti dal padre.

3.1.7 Il questionario per la valutazione del maltrattamento

Dall'analisi dei *focus-group* sono emerse 12 proposizioni che evidenziavano elementi positivi nell'utilizzo del questionario per la valutazione del maltrattamento, evidenziando come consentisse di trattare un tema importante, rispetto al quale gli operatori rivelano di non avere sempre chiaro come approcciarsi *«Nel sesto colloquio ho fatto quello sulla valutazione del maltrattamento perché la bimba ha un carattere difficile, particolare e avevo visto nei fattori di rischio che poteva starci e visto che la mamma mi seguiva ho tentato. È un questionario dove uno deve spogliarsi e mettersi a nudo ed essendo bello il apporto con questa mamma che mi segue molto anche nell'uso degli strumenti ho voluto coinvolgere anche lei. Non volevo che lei la prendesse sul personale, so che qualcosa c'è stato e non volevo si chiudesse perché la cosa è un po' approfondita. È stato molto utile perché la signora è stata di una sincerità disarmante rispetto a tutto... anche atteggiamenti violenti subiti dalla figlia e anche del fratellino più piccolo, sono saltati tutti fuori»*.

Di particolare interesse è l'analisi che una delle partecipanti al progetto ha fatto, a partire dalla propria esperienza professionale di sperimentazione dello strumento, rappresentata nelle immagini seguenti.

M.O. 29 ANNI (madre)

Ha imposto a suo figlio/a una qualche punizione? Di che tipo? → *Non mangiare / saltare il pasto*

Le è capitato di scuoterlo/a con forza? → *No*

Di percuoterlo/a sul fondo schiena con un qualche oggetto? Se sì, di che tipo? → *No*

E' mai intervenuto/a con urla e grida? → *Per farla smettere di fare i capricci quando era piccola*

Ha mai reagito dando calci? → *No*

Sculacciando sul fondo schiena con la mano nuda? → *Poche volte*

Mettendole/gli le mani attorno al collo? → *No*

Di dire parolacce/insulti? → *E' capitato se mi fa arrabbiare molto*

Di minacciare suo/a figlio/a, di cacciarlo/a, o allontanarlo/a di casa? → *Mai*

11

M.O. 29 ANNI (madre)

Che qualcuno gli/le abbia procurato scottature o bruciature? → *No, mai*

Di minacciare di botte che poi non sono state date? → *Usavo questa minaccia quando era piccola*

Di avere reagito dando schiaffi sulle mani o sulle gambe? → *Spesso, soprattutto sulle mani*

Di togliere privilegi come punizione? → *No*

Di farlo/a cadere, di buttarlo/a a terra? → *No*

Di avergli/le detto che è uno stupido/a o di averlo/a apostrofato/a con altri nomi? → *Qualche volta*

Di averlo/a schiaffeggiato/a sul viso, sulla testa, le orecchie? → *No*

Ha mai ricevuto conseguenze o danni da queste azioni? → *No*

12

M.O. 29 ANNI (madre)

- Suo/a figlio/a ha dovuto ricorrere a cure mediche per queste azioni? ☐ **No**
- E' mai stata coinvolta la polizia o un servizio sociale come conseguenza di queste azioni? ☐ **No**
- Qualcuno ha coinvolto il Servizio Sociale a causa di queste azioni? ☐ **Sì, una volta ci sono andata io**
- Cosa è successo dopo questo contatto? ☐ **Niente, perché siamo scappati**
- Tra queste reazioni ne riconosce qualcuna che è accaduta anche a lei quando era piccolo/a? Può indicarmele? ☐ **Entrambi i miei genitori mi picchiavano anche in modo violento, mia madre mi denigrava.**

13

R.F. 30 ANNI (padre)

- Ha imposto a suo figlio/a una qualche punizione? Di che tipo? ☐ **No**
- Le è capitato di scuoterlo/a con forza? ☐ **Sì, quando non vuole ascoltare**
- Di percuoterlo/a sul fondo schiena con un qualche oggetto? Se sì, di che tipo? ☐ **L'ho picchiata usando un mestolo di legno**
- E' mai intervenuto/a con urla e grida? ☐ **No**
- Ha mai reagito dando calci? ☐ **Qualche volta**
- Sculacciando sul fondo schiena con la mano nuda? ☐ **No**
- Mettendole/gli le mani attorno al collo? ☐ **Una volta, perché non voleva cucinare**
- Di dire parolacce/insulti? ☐ **Sì**
- Di minacciare suo/a figlio/a, di cacciarlo/a, o allontanarlo/a di casa? ☐ **Spesso**

14

R.F. 30 ANNI (padre)

- Che qualcuno gli/le abbia procurato scottature o bruciature? → No
- Di minacciare di botte che poi non sono state date? → No
- Di avere reagito dando schiaffi sulle mani o sulle gambe? → Spesso
- Di togliere privilegi come punizione? → No
- Di farlo/a cadere, di buttarlo/a a terra? → E' capitato
- Di avergli/le detto che è uno stupido/a o di averlo/a apostrofato/a con altri nomi? → Capita
- Di averlo/a schiaffeggiato/a sul viso, sulla testa, le orecchie? → Si
- Ha mai ricevuto conseguenze o danni da queste azioni? → Non lo so

15

R.F. 30 ANNI (padre)

- Suo/a figlio/a ha dovuto ricorrere a cure mediche per queste azioni? → Non l'ho mai portata in ospedale
- E' mai stata coinvolta la polizia o un servizio sociale come conseguenza di queste azioni? → No
- Qualcuno ha coinvolto il Servizio Sociale a causa di queste azioni? → Si
- Cosa è successo dopo questo contatto? → Niente, perché siamo scappati
- Tra queste reazioni ne riconosce qualcuna che è accaduta anche a lei quando era piccolo/a? Può indicarmele? → NON RISPONDE

16

L'operatrice evidenzia alcuni vantaggi

- Per l'utente

- Dopo le iniziali difficoltà aumenta il livello di disponibilità;
- Gli strumenti danno la possibilità di ragionare e approfondire gli aspetti legati al rischio;
- Aumento delle capacità comunicative;
- Aumento della consapevolezza personale;
- Riscontro diretto e immediato degli esiti e delle problematiche personali e relazionali che emergono;

- Per l'operatore

- Agevola la costruzione del rapporto fiduciario;
- Riscontro diretto e immediato degli esiti, dei limiti della persona e delle possibilità di riparazione del funzionamento genitoriale;
- Facilita le decisioni in merito al progetto di aiuto da costruire;
- Facilita le decisioni in merito agli operatori di altre professionalità da attivare;
- Gli strumenti rendono la valutazione più oggettiva e oggettivabile.

3.1.8 La guida operativa alla visita domiciliare

Nonostante la visita domiciliare rappresenti uno degli interventi "classici" del servizio sociale si sono isolate solo 9 proposizioni in cui gli operatori riflettevano sull'utilizzo dello strumento dedicato all'analisi di questo momento d'incontro tra l'operatore e la famiglia. Forse proprio perché tra gli operatori sembra essere presente la convinzione di saper ben gestire la visita domiciliare la guida operativa viene descritta come uno strumento molto utile ma eccessivamente dettagliato.

Le proposizioni che evidenziano gli elementi positivi si riferiscono alla possibilità di adattare lo strumento alle esigenze dell'operatore *«abbiamo anche lo strumento specifico sulla visita domiciliare, che è uno strumento molto utile, e può essere usato nelle situazioni più diverse»* e alla possibilità di conoscenza approfondita offerta dall'incontro al domicilio, letto secondo le indicazioni dello strumento *«la domiciliare è stata interessantissima, vederli a casa ti apre un mondo. Sono uscita con un attacco d'asma. Erano le dieci di mattina... Finestre chiuse, tapparelle chiuse, casa vecchia, nonostante nel centro del paese. Stanze alte, pareti sporche, l'unica stanza ritinteggiata è quella del bambino, colorata di marrone»*.

3.1.9 La traccia operativa “Come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso”

Compatibilmente con quanto emerso nell’analisi del campione, in cui si è evidenziato come la problematica dell’abuso fosse rappresentata in modo esiguo nella sperimentazione, non si sono rilevate frasi, nel corso dei *focus-group*, afferenti all’utilizzo dello strumento finalizzato a indirizzare i comportamenti degli operatori in caso di rivelazione spontanea.

3.1.10 Le griglie di assessment

Si sono isolate 26 frasi in cui gli operatori, nel corso dei *focus-group* si riferivano allo strumento delle griglie, confrontandosi sul loro utilizzo.

Ben 23 periodi sottolineavano l’utilità dello strumento per sistematizzare il lavoro *«Serve molto a dare ordine...a dare un contenimento. Evitare che le persone esternino come un fiume in piena. Serve a dare dei margini di lavoro. Sai che devi ritornare a quel punto»* mentre in 3 occasioni le operatrici hanno riflettuto sulla difficoltà di tradurre l’esito di un iter diagnostico corposo in uno schema riassuntivo e sull’eventualità di dover affrontare le situazioni più gravi, caratterizzate da un grado di rischio alto e da assenza di tutela per il minore *«secondo me la difficoltà sarà quella di avere un mucchio di dati e di dovere tradurre un po’ la griglia degli strumenti, cioè dei fattori ecco... Di avere più carenza sui fattori protettivi...»*.

Imm. 7.8 fornita da una assistente sociale aderente al progetto

Raffaele

GRIGLIA N.1

Rilevazione Fattori di Rischio e dei Fattori Protettivi

Modello Process-Oriented (Di Blasio e al., 2005)

Fattori di Rischio Distali	Presente	Assente	Non Rilevato
1. Povertà cronica		X	
2. Basso livello d'istruzione		X	
3. Giovane età della madre		X	
4. Carenza relazioni interpersonali		X	
5. Carenza Reti integrazione sociale		X	
6. Famiglia monoparentale		O	
7. Violenza/abusi subiti nell'infanzia	X		
8. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni	X		
9. Violenza e punizioni come pratiche educative		X	
10. Accettazione pornografia infantile		X	
11. Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del figlio		O	
		X	

Fattori di Rischio Prossimali Individuali	Presente	Assente	Non Rilevato
12. Psicopatologia genitore	O		
13. Devianza sociale dei genitori		O	
14. Abuso di sostanze		O	
15. Debole/assente capacità di assunzione responsabilità genitoriale		X	
16. Sindrome da risarcimento	X		

La compilazione della Carta Processuale - Strumenti per la Diagnosi Sociale

2.

17. Dissociazione emozioni e capacità empatiche	X		
18. Impulsività		X	
19. Scarsa tolleranza alle frustrazioni		X	
20. Ansia da separazione		X	
Fattori di Rischio Prossimali Familiari e Sociali	Presente	Assente	Non Rilevato
21. Gravidanze e maternità non desiderate	O		
22. Relazioni difficili con la propria famiglia di origine e/o con quella del partner	X		
23. Conflitti di coppia e violenza domestica	X		

Fattori di Rischio Prossimali relativi alle Caratteristiche del figlio	Presente	Assente	Non Rilevato
24. Malattie fisiche o disturbi alla nascita		X	
25. Temperamento difficile	X		

Fattori di Protezione Prossimali

Fattori di Protezione Prossimali Individuali	Presente	Assente	Non Rilevato
26. Sentimenti d'inadeguatezza per la dipendenza dai servizi	O		
27. Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia	O		
28. Capacità empatiche		O	
29. Capacità di assunzione di responsabilità	O		
30. Desiderio di migliorarsi	O		
31. Autonomia personale	O		

La compilazione della Carta Processuale - Strumenti per la Diagnosi Sociale

3.1.11. La traccia per la stesura della relazione all'autorità giudiziaria

Nell'analisi dei *focus-group* si sono individuati solamente 5 periodi riferiti all'utilizzo della traccia per la stesura della relazione sociale, in cui emerge l'utilità dello strumento per riassumere l'esito di quanto emerso nel corso dell'iter diagnostico *«Sicuramente nella stesura della relazione è molto utile. Vi accorgete che avendo qualcosa di strutturato poi la relazione si auto-compila quasi...»*.

Da quanto emerso nei vari incontri con gli operatori e gli organizzatori del progetto non si ravvisano motivazioni alla scarsità di argomenti riferiti a questo strumento, poiché di fatto molte delle situazioni familiari inserite nella sperimentazione presentavano l'emissione di un decreto da parte dell'autorità giudiziaria con richieste specifiche agli operatori sociali di relazionare in merito alla situazione familiare evidenziando eventuali carenze nella genitorialità.

Una analisi approfondita delle relazioni sociali sarà trattata nel capitolo seguente, dedicato al confronto tra gli scritti redatti prima e dopo il progetto di ricerca-azione.

3.2 Gli strumenti nelle interviste a operatori e familiari

La ricerca di valutazione del progetto sviluppato sul territorio provinciale ha previsto un approfondimento condotto attraverso interviste a operatori e familiari coinvolti nella ricerca-azione, contattati su disponibilità diretta.

Tab. 7.12 Scheda riassuntiva strumenti nelle interviste

Strumenti utilizzati	Giudizio positivo	Giudizio negativo
Relazione	0	0
Griglie	1	0
Eventi traumatici	2	1
Genogramma	5	0
Guida alla visita domiciliare	1	0
Mappa delle relazioni e delle risorse	5	0
Mi racconto	13	1
Questionario per la valutazione del maltrattamento	2	0
Racconto di mio figlio	9	0
Scheda multidimensionale	2	1
Racconto spontaneo	0	0
N validi	40	3

Si sono individuate 43 frasi riferite ai vari strumenti di diagnosi sociale contenute nelle 13 interviste semi-strutturate sottoposte ai partecipanti al progetto (10 operatori e 3 mamme), di cui solo 3 evidenziavano limiti o difficoltà, mentre ben 40 sottolineavano il valore positivo delle metodologie sperimentate, a partire dall'esperienza diretta sia delle assistenti sociali sia dei familiari.

Lo strumento più menzionato è quello dedicato al colloquio con i minori, denominato “mi racconto”, che compare in ben 13 periodi. Anche il “racconto di mio figlio” e la “mappa delle relazioni e delle risorse” vengono descritti come strumenti che hanno catturato l'attenzione dei partecipanti al progetto, che li descrivono evidenziandone la particolare utilità.

Gli altri strumenti contenuti nella guida elaborata dal gruppo bolognese non vengono menzionati nelle interviste o rivestono un ruolo marginale.

3.2.1 *La scheda socioanamnestica multidimensionale*

Di questo strumento parlano solo gli operatori, i familiari fanno riferimento a colloqui approfonditi, caratterizzati da domande mirate, e da una grande disponibilità di ascolto degli assistenti sociali *«mi sono sentita ascoltata e ancora adesso, forse anche troppo, dei giorni in cui S. era assente io la cercavo, oddio è umana pure lei, mi ha fatto sorridere perché non la trovavo. Uno pensa sempre a se stesso ma ci sono anche gli altri, mi ascoltano anche troppo, sono tutti molto disponibili anche la psicologa di F. Questo percorso mi ha aiutato a chiarire delle cose anche più di un familiare»*.

Una assistente sociale chiamata a raccontare la propria esperienza di sperimentazione dei vari strumenti evidenzia sia un aspetto positivo che uno negativo *«quella è alla base e sicuramente rispetto alla scheda multidimensionale, puoi valutare quali aspetti sondare di più, quali di meno, perché tutta complessivamente è impegnativa no? Quindi in base alle persone che hai davanti, e al lavoro che devi svolgere, utilizzi un parte o tutta, oppure la costruisci attraverso il lavoro un po' tutto il percorso»*.

3.2.2 *Il genogramma*

Anche il genogramma è menzionato esclusivamente nelle interviste degli operatori, che ne evidenziano le funzionalità *«il genogramma l'ho utilizzato. Sì. È uno di quegli strumenti che ho utilizzato per tutti i casi, sia della sperimentazione che poi anche fuori sperimentazione. Ho apprezzato diciamo così, l'utilizzo. Perché l'ho apprezzato? L'ho apprezzato perché mi permette di approfondire quella che è solitamente la storia diciamo così, la storia familiare individuale che talvolta in due o tre parole viene risolta e che invece riportato visivamente su uno schema ci permette di soffermarci molto di più su quelle che sono le relazioni su quella che è proprio costruzione proprio della storia familiare»*.

3.2.3. La mappa delle relazioni e delle risorse

Uno degli strumenti di diagnosi sociale che viene menzionato maggiormente e compare in toni positivi sia gli operatori che i familiari è la mappa delle relazioni e delle risorse, particolarmente apprezzato per l'approccio positivo, finalizzato a mettere in luce aspetti favorevoli ad un buono sviluppo delle relazioni familiari.

Una mamma riferisce *«è passato un po' di tempo, ma c'era un bello strumento, quello dei cerchi familiari mi è piaciuto tanto, S. mi spiegava che la posizione dove ero io volevo direi che ero già fuori da questa situazione, avevo messa mia sorella, mio cognato, il disegno mi è piaciuto»*. Allo stesso modo l'operatrice racconta *«l'utilizzo di uno strumento che è stato quello dei cerchi familiari mi ha permesso di conoscere delle risorse all'interno di questo nucleo familiare, che non erano mai state considerate, ma non erano mai state considerate neppure dalla persona stessa come delle risorse, alla fine vedendole e avendole inserite, nel proprio mondo, la persona stessa si è accorta che ha una risorsa per sé e per i propri figli, quindi non era mai venuta fuori perché non ne avevamo mai parlato, perché questa mamma non l'aveva mai considerata tale»*.

3.2.4 Racconto di mio figlio

Lo strumento finalizzato a facilitare il racconto delle caratteristiche personali del figlio e delle sue relazioni significative è stato uno dei più rappresentati nelle interviste, con commenti che ne sottolineano l'utilità.

Una assistente sociale evidenzia come l'utilizzo dello strumento abbia facilitato il coinvolgimento dei familiari nello svolgimento del colloquio *«io in particolare parlo del racconto di mio figlio che è quello che ho utilizzato di più, però ho visto che le persone che avevo davanti una volta spiegato ovviamente per bene, che cosa vanno facendo, si sono sentiti più protagonisti del solo colloquio che normalmente si fa»*.

Una mamma evidenzia come l'utilizzo del "racconto di mio figlio" ha facilitato la comunicazione tra lei e il padre del bambino, in fase di separazione, catalizzando le attenzioni di entrambi sul benessere del piccolo e distogliendoli dalla loro conflittualità *«Ah dovevamo parlarci... E l'unico modo era davanti alla dottoressa P., per esprimere, per chiedere delle cose... Per fare magari il calendario di vacanza, per dare la firma per il passaporto. All'inizio era solo davanti alla dott.ssa P. perché era difficile parlare»*.

3.2.5 *Mi racconto*

Lo strumento dedicato al colloquio diretto tra l'assistente sociale e i minori è quello più nominato sia dagli operatori che dai familiari intervistati che ne sottolineano in grande maggioranza la positività.

Una mamma riferisce *«le ha chiesto di dire nella famiglia, come si sentiva e lei ha fatto il sole e la C. mi fece notare “non si è limitata a colorare il sole, ma addirittura ha fatto il cielo, ha voluto fare dei dettagli nel sole... Quindi lei con te e G. lei si sente bene”. Quindi sapere anche già che è emersa questa cosa qui mi ha fatto molto piacere, e quindi più che altro è stato quello lì il test...»*

In un caso una operatrice ha evidenziato alcuni elementi a partire dalla propria esperienza diretta *«mi ricordo uno in particolare non ha avuto problemi è andato molto a ruota libera, l'altro era un pochino più diffidente inizialmente, però poi si è lasciato andare ecco era interessante vedere comunque come era il lasciarsi andare alla narrazione, anzi poi magari siccome poi vedevano che registravo quello che dicevano, poi eventualmente gli rileggevo se avevo interpretato bene quello che mi avevano detto per cui erano molto attenti a questo. Poi ovviamente a loro ho chiesto se avevano piacere che dessi una restituzione anche ai genitori di quello che avevano detto e ho concordato, questo ed è stato molto utile sia per i genitori sia per i ragazzi, e l'ho sperimentato in questo modo: ai genitori, ho restituito a entrambi insieme congiuntamente quello che aveva detto l'uno e quello che aveva detto l'altro e quello che in qualche modo era il punto di vista del ragazzo e al ragazzo ho detto a grandi linee alcuni aspetti che avevano detto di lui nel racconto».*

Un'altra assistente sociale racconta della spontaneità con cui i minori si sono aperti alla relazione raccontando in modo sincero e spontaneo aspetti della vita familiare *«ho avuto altri due ragazzini più sofferenti, che hanno portato poi delle situazioni più gravi, l'esempio che facevo prima della bimba che su che tempo fa nella mia famiglia ha indicato la neve cioè la cosa peggiore, non ricordo bene la frase ma ha detto una cosa del tipo “in casa mia che cosa vuoi che ci sia c'è solo questo”».*

3.2.6 *La traccia per la raccolta di eventi traumatici nella storia dei genitori*

Seppur rappresentata in maniera marginale, poiché il numero delle frasi che si riferiscono alla traccia per la raccolta degli eventi traumatici nella vita dei genitori non è elevato, ne parlano sia gli operatori che i familiari partecipanti alla ricerca, che evidenziano come l'utilizzo di questo strumento consenta di aprire il colloquio a tematiche introspettive, di cui non è semplice parlare.

Una operatrice ha ben riassunto in una frase punti di forza e debolezza dello strumento, a partire dalla propria esperienza professionale *«uno che mi è piaciuto particolarmente è quello sugli eventi di natura traumatica, quello che si sottopone agli adulti, perché... Questo penso di averlo detto più volte... Secondo me, è proprio quella la novità... Cioè, il fatto di pensare che ci sia una storia pregressa, in questi genitori, obbligatoriamente comunque, come dire influenzano il modo di essere genitori e per cui entrano in qualche modo*

a far parte della problematica attuale per cui a me è piaciuta tanto quella lì... Non sono riusc... Perché era proprio una novità per me, non lo avevo mai fatto prima, non conoscevo lì conoscevo in questa maniera, non si può utilizzare in tutte le situazione però lì dove si riesce a fare un lavoro anche di questo tipo, che se vogliamo è anche un lavoro psicologico che non puramente così sul caso sociale, però è un lavoro che riesce a creare, secondo me a rafforzare la fiducia verso l'assistente sociale, il fatto di avvicinarsi a delle problematiche proprie dell'adulto e di un periodo comunque passato, e cercare di fare capire quanto queste cose siano collegate al presente, questo secondo me è l'ulteriore elemento di novità, per cui quella lì mi è piaciuta particolarmente, quella scheda lì. Il punto di forza è questo. Quello di poter creare una relazione più significativa perché va a toccare delle cose molto personali e dove si riesce appunto a parlare di queste cose, secondo me c'è veramente una relazione di fiducia... E non collaboro perché devo, perché così dimostro che ecco... Secondo me si fa un... È un po' proprio così... Avanti... Aumenta la qualità della relazione... Quando non si riesce a somministrarlo, oppure quando si somministra, dopo il problema può essere un po' contenere comunque le reazioni... Nel mio caso, mi è capitato due volte di essere davanti a un pianto disperato e fortunatamente poi gestito bene insomma in quel contesto e un po' critica come fase però secondo me anche in un momento di reazione in qualche modo della persona che hai davanti, c'hai comunque un beneficio, non come dirti... Conviene sempre provarci. Nel senso che poi il gioco vale la candela, se pure dovessi valutare le cose».

3.2.7 Il questionario per la valutazione del maltrattamento

Dall'analisi delle interviste emerge come solo gli operatori si riferiscano al questionario per la valutazione del maltrattamento, descritto come uno strumento capace di facilitare la trattazione di tematiche di grande importanza «il questionario sul maltrattamento perché ti permette di esplorare delle vicende che possono in diverso modo aver segnato la vita delle persone e che spesso magari loro non ti raccontano».

3.2.8 La guida operativa alla visita domiciliare

Anche in questo caso lo strumento è poco rappresentato nelle interviste, ne parla esclusivamente una mamma, la quale riferisce che sia stata effettuata una visita domiciliare per vedere le condizioni di vita raccontando che l'operatrice abbia spiegato che compilava una scheda in modo che fosse più chiaro e così da poter descrivere dettagliatamente anche al tribunale quanto emerso.

3.2.9 La traccia operativa "Come comportarsi in caso di racconto spontaneo di abuso"

Come emerso nel corso dei *focus-group* nessuna frase si riferisce allo strumento dedicato alla rivelazione spontanea di abuso.

3.2.10 Le griglie di assessment

Riguardo le griglie finalizzate a raccogliere fattori di rischio e protettivi si è raccolta solamente una frase, in cui una assistente sociale riferisce *«il mio metodo è stato più deduttivo diciamo, da una massa di informazioni, ho dedotto questi fattori protettivi, di rischio eccetera»*.

4. Gli aspetti emotivo-relazionali

Alla luce dei risultati ottenuti con le varie metodologie di ricerca, tenuto conto anche di quanto osservato nel corso degli incontri con partecipanti e organizzatori del progetto di ricerca-azione si è ritenuto opportuno analizzare gli aspetti emotivo-relazionali che hanno caratterizzato la sperimentazione degli strumenti di diagnosi sociale nella provincia di Bologna, poiché pareva emergere in modo determinante una componente legata all'interazione tra i vari membri del nucleo familiare e l'assistente sociale.

L'idea di fondo è che la relazione instaurata tra operatori ed utenti dei servizi sociali incida nelle dinamiche familiari e influenzi in modo significativo lo svolgimento della diagnosi sociale, che si configura non come evento giudicante ma come opportunità di lettura delle vicende familiari ed eventuale cambiamento del proprio stile genitoriale.

4.1 Nei focus-group

Dall'analisi del contenuto degli incontri di supervisione agli operatori, svolti per tutta la durata del progetto, si sono individuate 110 frasi relative ai sentimenti degli operatori e 65 relative a quelle dei familiari, per un totale di 175 proposizioni.

Le proposizioni analizzate sono state suddivise in *cluster* a seconda della tematica prevalente:

- Sicurezza;
- Condivisione della valutazione e del progetto;
- Dare voce ai minori;
- Utilità dell'iter;
- Accogliere la sofferenza.

Per quanto riguarda la sicurezza si sono isolate 5 frasi, in cui gli operatori riferiscono che avere delle metodologie chiare a cui riferirsi e degli strumenti specifici da applicare, abbia rafforzato l'esercizio del ruolo professionale *«io anche dove trovavo delle domande un po' così di fatto la scusa che fossero scritte mi faceva sentire un po' alleggerita perché mi difendevo forte del fatto che stava nello strumento quindi...»*.

Inoltre il progetto sembra aver ri-acceso la fiamma della motivazione nei partecipanti, che esprimono la propria accresciuta fiducia professionale *«credo che serve a tutti di riattivare quella motivazione che purtroppo tante volte ci fanno perdere, e il fatto di sapere però abbiamo in questa occasione lo spazio dedicato a noi dove poter dire un pensiero, delle riflessioni, dove poter essere accolti, dove poterci permettere finalmente anche di tirare fuori quelle criticità che tu durante la giornata non ce la fai ma sei così tanto piena di cose da fare che non riesci...»*.

Ben 63 proposizioni si riferiscono alla tematica della condivisione della valutazione degli stili di *parenting* e del progetto a favore del benessere dei minori.

Gli operatori sottolineano la sensazione di “essere aiutati ad aiutare” originata dalla co-costruzione del progetto sociale *«la sensazione prima era di lavorare io. Esplicitato questo percorso e somministrato lo strumento, la sensazione era di lavorare insieme. A un certo punto ho chiesto anche se era troppo e non so dire se prima era così o no ma forse in modo molto più sfumato. Siamo qua insieme. È diventata una collaborazione su un oggetto molto definito. Questo per me è uno spunto molto importante per quello che stiamo facendo»* ma la tempo stesso evidenziano la necessità di dedicare tempo alla restituzione *«io ogni volta che ho somministrato lo strumento mi sono presa un tempo per una piccola restituzione. Rimando molto positivo da parte sua. Anche se c'è un po' il “mi sento bene, ma serve poi tutta questa roba?” Ti renderai conto che poi servirà»* descritta come un momento potenzialmente difficile da affrontare, da preparare con attenzione *«l'aspetto sulla restituzione, è molto delicato. Ho messo anche un aspetto un po' di criticità perché non è facile portare questi elementi»*.

54 frasi si riferiscono alla possibilità di dare voce ai minori e di aiutare i genitori a comprendere il mondo dei figli *«Aiutare il genitore a mettersi nei panni. Come suo figlio potrebbe vedere la relazione con lei?»* e *«la cosa positiva è che in alcune situazioni loro si sono rivisti, hanno visto i loro comportamenti... come i loro comportamenti erano proprio visti dal ragazzino, quindi il fatto.... Nelle amicizie è molto selettivo... E lui mi diceva “ah anche io sono così...effettivamente anche io sono una persona che se dice qualcosa”»*.

Anche l'utilità dell'iter diagnostico è un tema che emerge in modo importante (21 frasi) e che viene ben riassunto dalle parole di una delle operatrici partecipanti al progetto *«ci sono voluti più colloqui per capire che non era un cosa in più ma era il lavoro da fare insieme, facendolo con riferimenti ben precisi, avere dei riferimenti, una guida. Questo ha cambiato l'idea che le famiglie hanno. Per loro non è la prova che volgiamo entrare dentro ai punti di vista. Secondo me questo ha cambiato l'assetto. È stato compreso che non siamo solo quelli che danno le cose. Diamo, anche, delle cose concrete ma lavorare sulla genitorialità è una cosa concreta»*.

La tematica che più è andata nel profondo rispetto alla sfera emotiva è la capacità di accogliere la sofferenza, trattata in ben 32 frasi emerse nel corso dei *focus-group*.

Da un lato gli operatori riconoscono che il racconto delle complesse storie familiari dei loro utenti tocca anche le loro corde emotive *«a me veniva da piangere e gliel'ho anche detto. Che era un miracolo che fosse viva»* dall'altro si interrogano su come affrontare l'emergere delle emozioni altrui ed eventuali agiti ad esso correlati *«quando succede che c'è una reazione emotiva, quindi una reazione emotiva tangibile, forte eccetera, è perché gli strumenti che utilizziamo, funzionano da attrito, da stimolatori di emozioni intense... Molte volte non elaborate...altre volte elaborate ma legate a profonde ferite che sono nostalgiche, quindi... Un papà, una situazione e quant'altro, allora in questi casi qua, io raccomando sempre di dare parole a queste emozioni qua»*.

4.2 Nelle interviste

La tematica degli aspetti emotivo-relazionali è stata analizzata anche nelle interviste sottoposte ai vari partecipanti al progetto, rispetto alle quali si sono isolate 12 frasi relative ai sentimenti degli assistenti sociali e 28 frasi relative ai sentimenti dei familiari (sia espresse direttamente dalle mamme intervistate, sia percepite dagli operatori).

Per quanto riguarda gli operatori i *cluster* individuati sono:

- Sicurezza (2 frasi)

«Poi dipende dai territori, in questo territorio il senso di solitudine è molto forte, quindi un servizio che si ritrova a svolgere un compito molto complesso il più delle volte in solitudine e arrivare a qualificare il tuo lavoro, ti aiuta a renderti un po' più sicura» e «un po' più sicura, perché non dovevo improvvisare in domande, ma avevo in qualche maniera una direttiva da seguire, avevo uno schema da proporre»;

- Condivisione della valutazione e del progetto sociale (8 frasi)

«Secondo me il fatto di permettere alla persona di raccontarsi favorisce poi alla conclusione del percorso anche il fatto di vedere con occhi diversi ciò che tu proponi e che hai già condiviso con lui nella restituzione. In alcuni casi le famiglie mi hanno detto mi accorgo che qui rispetto ai punti di debolezza c'è questo... ma anche rispetto ai punti di forza è emerso che le famiglie sono più predisposte a costruire un percorso insieme» e «quello di sentire proprio dall'altro quello che è il vissuto percepito su alcuni argomenti e affrontarli insieme con la mediazione però affrontarli tra loro 2. Quindi secondo me è una restituzione più magari attiva per cui anche più forse... Che lascia un po' più il segno... Perché poi sentirti raccontare le cose... Puoi dimenticartelo dopo un minuto se non ci credi»;

- Dare voce ai minori (2 frasi)

«Attraverso il gioco appunto nel domiciliare mi dedico molto ecco, a creare un'atmosfera piacevole proprio per fare capire che il nostro compito non è solo quello di osservare, ci sono molti preoccupatissimi, il frigo, l'ordine, il bagno, insomma elementi, così... Molto particolari della casa. E invece concentrandosi a giocare con i bimbi, capisco che l'atmosfera si rilassa, per cui devo dire che questa era una cosa che mi

veniva abbastanza spontanea... Indubbiamente ecco, quella parte che ti dicevo prima, rispetto i ragazzini e quindi i colloqui con loro e anche molto spesso all'emergere se si crea il clima ideale di grande confidenza e grande sofferenza, indubbiamente rispetto alla sofferenza di un adulto è molto più coinvolgente e carica di sofferenza... Anche per noi operatori, insomma. Quando poi viene da un ragazzino...».

Per quanto riguarda i familiari alcune mamme riferiscono frasi significative relative all'utilizzo degli strumenti e all'iter di diagnosi sociale *«le domande erano bellissime. Lo rifarei anche altre dieci volte. Mi sono ricordata anche del rapporto con i miei genitori che non ci sono più»* e *«i punti di forza o i punti di debolezza sono usciti fuori, quindi praticamente adesso non mi ricordo comunque il test era che questa forza di volontà questo fatto di essermi accerchiata, a parte i parenti, di amici quindi non essere sola. Quindi non aver bisogno anche per il semplice andare a prendere il bimbo. Avere accanto comunque persone che mi aiutano. Quindi questa cosa qua, poi cos'era emerso!!!?...ehm... Ecco questa cosa che nel momento della difficoltà di non abbattermi, quindi fare in tutti i modi per trovare la soluzione quindi cercare aiuto, quindi... c'è il servizio andiamo dal servizio, c'è la neuropsichiatra, andiamo dalla neuropsichiatra. Quindi questa cosa qui di non voler sentirsi forti se poi si ha bisogno»* e ancora *«si è stata una cosa... È venuto... Hanno giocato... Una cosa normale... Cioè non l'ha vissuta come servizi, come controllo, no... l'ha vissuta in maniera spontanea... normale, sì, sì... come così doveva essere»*.

Gli operatori invece riportano episodi legati ad alcuni dei *cluster* individuati:

- Utilità dell'iter

«E invece ho avuto proprio da lui questo riconoscimento della professionalità perché dice “è servito sa”, mi ha proprio detto così, è servito un po' tutto il percorso rispetto al figlio ecco al di là delle schede che abbiamo compilato, proprio il percorso fatto di alcuni colloqui, la visita domiciliare, l'ascolto del ragazzo. Perché poi con il ragazzo avevo valutato e l'avevo comunicato sia ai genitori sia al ragazzo che avrei monitorato un pochino la situazione per alcuni mesi e quindi probabilmente lui si riferiva un po' a tutto il lavoro fatto»;

- Dare voce ai minori

«Il commento di una mamma, relativamente un po' a quello che è stato il coinvolgimento dei suoi figli, delle sue figlie. Dove lei si è stupita che le figlie potessero essere venute da me, potessero essere rimaste da sole in una stanza e avessero parlato. Questo è stato, secondo lei un momento alla quale lei non avrebbe mai creduto. Poi insieme nel commentarlo insieme non siamo entrati nello specifico dello strumento in sé dell'aver utilizzato uno strumento piuttosto che un altro, ma forse lei si è stupita dell'attenzione che il servizio ha posto nei confronti delle figlie quindi di dedicare un momento specifico alle figlie, uno o più momenti specifici, e che le figlie ci siano state in maniera serena»;

- Accogliere la sofferenza

«L'ho sentito nel momento in cui lei è riuscita a piangere, quando a un colloquio, dopo tutta la rabbia con cui lei è arrivata, dopo quattro colloqui eh... Inutili... perché non abbiamo parlato di niente, lei è venuta solo qua per incavolarsi con noi e per portare tutti i suoi vissuti poi nel momento in cui è riuscita a piangere, sono riusciti a entrare in relazione ed è cambiata la situazione tant'è che da lì, poi lei ha chiesto aiuto e iniziava anche il percorso terapeutico».

5. Alcuni concetti generali emersi nelle interviste

Le interviste semi-strutturate condotte con dieci assistenti sociali e tre familiari hanno costituito una occasione per approfondire alcuni concetti generali connessi al tema di ricerca, che risultavano centrali anche nei questionari somministrati a tutti i partecipanti al progetto di ricerca-azione.

Tab. 7.13 Scheda riassuntiva concetti generali nelle interviste

Concetti generali	Valore assoluto
Accoglienza	13
Ascolto	14
Giudizio	12
Sostegno	12
Relazione di aiuto	15
Metodologie professionali	16
Ruolo dell'assistente sociale	18

Come emerge dalla tabella 7.13 si sono isolate oltre 10 proposizioni per ogni tematica, analizzando sia il punto di vista degli operatori che quello dei familiari.

5.1 Accoglienza

Secondo quanto emerso dalle interviste agli operatori accoglienza è «*svestirsi della propria vita. Grandissimo sforzo*» e tenere conto che «*valutazioni e scelte fatte sulla base di principi che la persona ha avuto nella sua vita, più tragiche delle nostre*».

In particolare una frase pare ben riassumere le posizioni di tutte le assistenti sociali «*attenzione di accogliere la persona per quello che è, per quello che porta e quindi il più possibile non giudicando, cercando di avere un'apertura reale nell'ascolto, perché la persona può portare un vissuto che è molto diverso, molto lontano da quello che noi conosciamo o da quello che abbiamo incontrato fino a quel momento lì anche a livello professionale, però credo che nel nostro lavoro, come in altri lavori in cui i professionisti ascoltano molto è una grande opportunità di conoscenza della persona umana e di tutti i punti di vista che può portare che sono diversi, per cui*

può essere una ricchezza, viverla leggerla come una ricchezza e non solo come limite, questo è un altro aspetto su cui negli anni sicuramente ho lavorato molto... Anche accettando che la persona si incaponisce e va per un verso che magari da un punto di vista di persone esterne è molto evidente no? Che magari sta attraversando, sta cercando soluzioni non raggiungibili».

Anche per i familiari il significato del termine accoglienza è analogo, ma si aggiunge qualcosa, in riferimento alla disponibilità e alla capacità di ascolto *«non insistere dove vede che tu in quel momento non puoi parlare oppure magari ricordarsi dopo tanti incontri una determinata cosa e quindi fa piacere parlarne perché comunque magari è stata detta così invece lei l'ha recepita e quindi in quell'altra posizione rimani anche l'ho detto così giusto per dire invece lei se l'è ricordata. E poi... Sì... essere sempre disponibile, perché bene o male la C. anche per mail, noi siamo state... Abbiamo sempre comunicato tanto».*

5.2 Ascolto

Nelle proposizioni riferite dagli operatori relative alla tematica dell'ascolto si evidenziano due poli, il primo ha l'accezione di andare oltre alle parole, sentire e non solo udire *«quando io mi pongo in una relazione d'ascolto cerco veramente di capire che cosa sente veramente l'altra persona in quel momento che mi sta parlando, e poi non è sempre quello che mi sta dicendo che mi vuole dire... A prescindere dalla professione capire che cosa mi vuole dire dentro, che cosa mi ritorna a me di questa cosa, e quanto questa si lega ai miei vissuti e alla mia comprensione e a volte diventa poi un ascolto di dolore e quanto questo si può trasformare, questo secondo me è l'ascolto»* il secondo relativo ad una comprensione libera da pregiudizi *«per me ascoltare l'altro significa riuscire a fargli capire che sono lì senza avere una idea preconstituita. Sono in una posizione di neutralità. Si può far sentire ascoltato l'altro quando pur avendo un ruolo non si hanno pregiudizi. Ascolto quello che mi devi dire, posso dire che c'è qualcosa che non va ma questo parte dalla conoscenza e da una comprensione».*

Anche nelle interviste ai familiari le risposte relative all'ascolto si scindono in due categorie, la prima afferente alla capacità di rispondere ai bisogni *«cioè io spesso, quando per esempio la chiamavo, la chiamavo anche piangendo, perché ero al limite con i nervi, ero al limite con tutto, è uno sfogo anche, cioè parlando con lei, lei mi ascoltava mi dava dei consigli, diceva devi fare così, devi fare così... Quando ci incontriamo, ascoltare vuol dire anche dare dei consigli, anche sfogarsi, anche comunque aiutarci»* e il secondo relativo all'approfondimento e alla possibilità di lasciare al tempo stesso all'altro la libertà di esprimersi *«quando fa delle domande mirate. Cioè dopo che tu hai raccontato la storia, lei ti dice dove magari ti ha sentita un po' ti sei dilungata o comunque una domanda dove non volevi tanto parlare e raccontare insomma e capire il perché... Quindi questo... Ti lascia parlare, poi alla fine si ricorda i punti dove tu sei stata più latente o dove sei stata molto... nel raccontare hai raccontato molto di più quindi vuol dire che ti ha ascoltata. E poi anche il fatto di non giudicarti. Nel senso che non ti dice “dovevi fare così o dovevi fare colà” ti dice “hai fatto così perché te volevi fare così”. Non ti dice c'è una regola che tu dovevi per forza fare così, in questa situazione hai reagito così, e va bene così. Poi nel caso in cui hai sbagliato, ti sei resa conto di aver sbagliato e quindi ha cercato di migliorare quelle cose che hai sbagliato».*

5.3 Giudizio

Il tema del giudizio è stato a lungo dibattuto nel corso degli incontri di supervisione agli operatori e anche nelle interviste appare come un argomento controverso, tra chi lo ritiene negativo, e lo definisce come *«qualcosa da controllare»* e che porta a dare un valore *«morale»* alle proprie affermazioni, sottolineando come invece ciò che gli assistenti sociali sono chiamati a fare nel corso dell'iter di diagnosi e valutazione sia elaborare un *«parere professionale piuttosto che un giudizio»* e chi invece sostiene che sia *«intrinseco»* alla natura umana e lo definisce *«una cosa che ci viene molto naturale»*.

In ambo i casi *«la possibilità di utilizzare questi strumenti, ti dà la possibilità, secondo me, di fare una ri-prova. Di approfondire degli argomenti per far sì che il tuo giudizio, possa raccogliere maggiori elementi che lo possano confutare o al contrario che lo possono avvalorare»* perciò secondo gli operatori *«se riusciamo a essere ancora più super partes con l'utilizzo dello strumento e avere ancora di più una visione più che obiettiva, quasi pulita, pura»*.

I familiari riflettono sulle loro esperienze dirette, riferendo di non essersi mai sentiti giudicati nel corso dell'iter di diagnosi sociale *«giudicata no, mi apriva gli occhi. Quindi mi sono tranquillizzata anche io. Diciamo che non reagisco più in modo così... diciamo che ha avuto un po' questa funzione anche di fare un po' da occhio esterno essendo meno coinvolta nel litigio, di allontanarsi un po' dal litigio e cercare di mettere l'attenzione sul piccoletto, riportare anche la nostra attenzione sul piccoletto»* e ancora *«si era creata quella empatia per cui io la sentivo come servizio ma anche come amica, quindi io le amiche anche se mi giudicano, non è un giudicare malizioso o con un secondo fine, il suo giudicare era più un consiglio “ tu hai fatto così, io avrei fatto così.. Però io rispetto quello che tu hai fatto” perché lei mi diceva sempre “ogni situazione va valutata al momento non c'è una regola per cui tutti in quella situazione si devono comportare così” quindi questa cosa qui me lo ripeteva tante volte e poi è il mio stesso concetto... Quindi alla fine sentire una persona che la “vede” come me, non poteva che non giudicarmi, anche se c'era un giudizio, è un giudizio come per dire sono superiore a te io rispetto quello che tu hai fatto, io avrei fatto così, però... Se l'hai fatto avrai le tue buone ragioni...»*.

5.4 Sostegno

Nelle opinioni dei familiari l'idea di sostegno è molto legata ad un aspetto fattivo, dare delle cose o riuscire a raggiungere obiettivi che i genitori non ritenevano possibili *«è riuscita per esempio con la firma del passaporto, lui non me lo vuole dare, solo davanti alla Dott.ssa P. ha firmato, così mi sono sentita sostenuta cioè... In quel caso veramente ci ha aiutato»*.

Secondo gli operatori sostenere è un verbo dal significato più ampio, che può essere esemplificato dalla citazione di una frase riferita da una assistente sociale *«difficilmente arrivano persone che stanno bene e non hanno bisogno di niente. Quindi la parola, il concetto “sostenere” è proprio un accogliere e ascoltare la persona e sostenerla rispetto al disagio che porta in quel momento al servizio e sostenerlo nelle ipotesi progettuali che la persona fa rispetto alla sua vita... A volte, il più delle volte occorre aiutare la persona ad avere una maggiore*

aderenza alla realtà e questo è un altro aspetto su cui penso che possiamo sostenere le persone perché per arrivare a degli obiettivi ci sono delle fasi, degli aspetti da capire meglio e quindi accompagnare ecco, sostenere, io ci metterei anche la parola accompagnare, essere un pochino a fianco delle persone».

Pare possibile ipotizzare che la sperimentazione di strumenti per la diagnosi sociale abbia facilitato gli operatori coinvolti nel progetto a effettuare un cambio di ottica rispetto al proprio ruolo professionale.

Una operatrice riferisce *«Secondo me lo strumento principale per sostenere è la relazione. Al di là di quelli pratici e oggettivi. Il sostegno principale. Passa tutto da quella roba lì. Mentre prima ero molto focalizzata nel fare delle cose mi sentivo che se non se non predisponevo dei progetti, non attivavo qualcosa mi sembrava di non fare nulla, il cambiamento utilizzando gli strumenti è stato questo, alcune persone sono riuscite a verbalizzarlo dicendo “ti ringrazio perché c’è qualcuno che mi ascolta”».*

5.5 Relazione di aiuto

Sia per quanto riguarda il parere degli utenti che quello dei familiari il concetto di relazione di aiuto passa attraverso un senso di fiducia reciproca. Una mamma intervistata lo definisce come *«poter comunque fare affidamento su quel servizio lì, su quella persona lì, poi magari non può aiutarti completamente perché quello non l’ho mai sperato, cioè non ci ho mai fatto tanto affidamento perché comunque come diceva C. “ tu non sei in una situazione di disagio, disagio comunque... ci sono altri che vanno in depressione, che non riescono a reagire, quindi sai con i bimbi piccoli... tu bene o male sei in un ambiente tranquillo quindi hai anche delle persone che ti stanno attorno che ti fanno sentire protetta, quindi...”* però anche il fatto solo di sentirsi dire *“ hai fatto bene, sei brava” .. Anche un solo semplice “ce l’hai fatta” ...».*

Una assistente sociale a tal proposito si esprime facendo riferimento a un caso pratico del quale si era occupata *«la relazione d’aiuto è quella relazione che l’operatore dovrebbe riuscire a instaurare con l’utente e che è basata proprio sulla possibilità di creare uno scambio con questa persona no?! Che ti permette di aiutarla nel senso di come dire di fare in modo che tramite la relazione questa persona possa acquisire delle competenze in più e delle conoscenze in più rispetto alla propria storia familiare partendo ovviamente sempre dal presupposto che sono le persone che devono essere al centro dell’intervento e che bisogna sempre partire da loro e da quello che hanno da portare e rispetto alla valutazione che ho fatto io ma sicuramente il cambiamento che noti, che per lo meno insomma nel caso che ho inserito ho notato, mi ha però messo di fare la valutazione per cui vedere che questa mamma era arrivata con tutta una serie di atteggiamenti pesanti di sfiducia e assolutamente difesa in tutto, bloccatissima, incaXXata nera, incavolata nera! Scusa! Incavolata, incavolatissima! Anche giustamente con i servizi... A vedere comunque, nonostante questo, in qualche modo tramite anche grazie agli strumenti sono riuscita anche ad affrontare delle tematiche dandogli anche tutti i suoi tempi, anche perché su alcune cose all’inizio non si riusciva a parlare... Ti diceva “sì, sì tutto bene”».*

5.6 Metodologie professionali

La tematica delle metodologie professionali è stata trattata esclusivamente nelle interviste con gli operatori i quali, chiamati a descrivere le pratiche professionali precedenti al progetto rispondono:

- Classiche di servizio sociale (3 casi)

«L'approccio era un approccio va beh... Che poi con gli anni maturi e affini naturalmente, torno a dire io sono un po' di annate di studi universitari. Quindi dove l'approccio di metodologie e tecniche del servizio sociale erano approcci e tecniche degli anni '90. Gli anni nei quali io ho svolto i miei studi. Poi con gli anni e l'esperienza la pratica si affina no. Col confronto, molto importante con colleghi più esperti. Sono pratiche che tornano fuori anche sulla base delle esperienze che ho avuto»;

- Colloqui (3 casi);

- Visita domiciliare (3 casi)

«Si fanno sempre visite domiciliari, anche quando non è esplicitamente richiesto dall'autorità giudiziaria, noi abbiamo proprio questa modalità, per cui si fanno sempre indagini domiciliari e colloqui presso l'ufficio con i genitori»;

- Coinvolgimento e confronto con altri servizi (1 caso)

«Senz'altro uno strumento fondamentale, il collegamento con altri servizi, laddove ci sono e che sono già coinvolti, ed eventualmente quelli attivabili, per la situazione in se. Anche se tempisticamente non è sempre facile, però sarebbe opportuno fare più di un colloquio con gli attori implicati nell'indagine»;

- Poca chiarezza (2 casi)

«In realtà prima non avevo una metodologia che seguivo in maniera precisa, andavo un po' a sentimento. Mentre prima seguivo un po' durante i colloqui quello che veniva fuori dalle persone ma non avevo di preciso una idea specifica, un obiettivo preciso che mi prefiggevo. Con gli strumenti la differenza a parte avere una metodologia e quindi partire dalla conoscenza della storia familiare, la cosa è che nelle situazioni che prima non riuscivo ad arginare, le persone che parlavano molto con gli strumenti riuscivo prima a ritagliarmi uno spazio per sapere dove volevo arrivare e riuscivo a ritagliarmi uno spazio in cui decidere quali domande fare, durante il colloquio riuscivo ad arrivare all'obiettivo che mi ero prefissata. Domande che avevano un senso rispetto a quello che andavo cercando. Un filo conduttore, non andavamo completamente fuori dal colloquio»;

- Sistemico (1 caso)

«sicuramente quello sistemico, nel senso che comunque qua siamo tutte con una formazione diciamo, come dire che prende in considerazione diciamo tutti i contesti, gli ambienti di vita degli utenti per cui in realtà le indagini erano già prima della sperimentazione molto, rispetto anche ad altri servizi, mi permetto di dirlo perché ho letto diverse cose, anche delle colleghe di altri territori, erano molto dettagliati, non si escludeva mai nulla, per cui anche prima della sperimentazione, anche in assenza di strumenti specifici, così cartacei, c'era comunque una metodologia di lavoro che funzionava così»;

- Strumenti di tipo psicologico (1 caso)

«Usava anche strumenti che magari nel nostro ambito non sempre vengono riconosciuti perché sono più psicologici, tipo la PSI, la CBCL, quindi con alcuni genitori, con cui dovevamo approfondire approfittando dello stress, della fragilità. Usavamo anche questi strumenti soprattutto per i casi di maltrattamento, venivano usate spesso queste schede e altre cose»;

- Osservazioni in spazio neutro (1 caso)

«Abbiamo fatto molto spesso delle osservazioni in spazio protetto, quindi mi vengono in mente queste, e nelle osservazioni noi avevamo delle schede, che servivano per guidare un po' l'osservazione, quindi con dei punti di riferimento delle cose da osservare che andavano proprio... erano le schede costruite al nostro interno, le avevamo fatte noi come basandoci su vari testi di riferimento e quindi per le osservazioni questo»

5.7 Ruolo dell'assistente sociale

Dalle interviste ai familiari emerge l'esperienza diretta del ruolo del servizio sociale, rispetto al quale si citano alcune frasi significative:

- Mediazione

«c'ha fatto parlare, c'ha fatto avere fiducia, l'ha fatto anche tra padre e figlio... creare un rapporto perché non c'era nessun rapporto, non si conoscevano, ma anche fra di noi, abbiamo iniziato a parlare... quindi ha avuto un po' il ruolo di creare le relazioni che si erano rotte... o che dovevano ancora germogliare, c'erano solo i semi... non trovavamo nessun accordo, cioè lui diceva A io dicevo B, e non c'era nessuno in mezzo che diceva tu hai ragione, tu non hai ragione, tu devi fare così, tu devi fare così.. Non c'era nessun supporto. Poi lo abbiamo trovato!»;

- Ascolto di tutte le persone coinvolte

«Prima di tutto l'aver ascoltato, quindi aver fatto raccontare tutta la mia storia sia dal mio lato che dall'altro lato e quindi essendo a conoscenza dei fatti, non è che ha preso posizione, però è riuscita a vedere in maniera più chiara la situazione e quindi mi sono sentita più tranquilla cioè nel senso che se magari io avessi raccontato tutte 'ste cose del papà ma lei, non avesse avuto la possibilità di accertarsi di queste cose, magari non sarebbe potuto... Qualcuno avrebbe potuto dire "ah però io so solo la tua versione" e quindi magari sai, quando ci si è sempre coinvolti e quindi magari è una cosa che si può ingigantire, quindi il fatto che lei comunque abbia avuto a che fare con tutti e due e ha tutto quello che ha fatto con me tra virgolette lo ha fatto anche con lui... quindi aver potuto vedere le mie capacità rispetto alle sue, c'è anche la mia buona volontà, il fatto che comunque non è che ero contraria a questo rapporto come invece lui gli andava a raccontare, mi ha rassicurato, nel senso avere dalla mia parte comunque una persona, che ha potuto giudicare la realtà dei fatti... quindi cogliere un po' la storia facendo anche chiarezza, prendendo tutti gli elementi»;

- Sostegno e protezione

«Qui sono senza familiari, ho pensato tanto al fatto e l'ho detto anche con S. che lei, loro i servizi, mi hanno aiutato di più, ma non so se sarei ancora al mondo, mi sono sentita protetta. Mia sorella non so se lo dica ancora ma mi diceva che dovevo andarmene, espatriare. Lei era molto spaventata. Se avessi avuto i miei familiari qui mio ex marito se ne sarebbe approfittato ancora di più. Sono stata tanto contenta di essere coinvolta nella ricerca, mi rasserenavano sempre di più. Affiora sempre un po' la paura, ieri ho visto chiudere qui quelle sbarre e mi è venuta paura perché ho collegato a quando mio marito era venuto al servizio e aveva fatto confusione, il dottore mi ha detto che è normale che riaffiori la paura».

Gli operatori riferiscono invece di ritenere che l'opinione pubblica sia divisa tra la posizione assistenzialista e quella che li identifica come "ladro di bambini" *«ho l'impressione che la gente abbia una percezione molto costruita che viene trasmessa dai mass-media ma che in realtà, di fatto non sappiano cosa fa l'assistente sociale. Vuoto di informazione. Percezione di una figura assistenziale, che aiuta gli anziani a casa, le mamme con i bambini, più educativa. Poi l'altra è quella di timore con la famiglie e minori perché sanno che l'assistente sociale interviene nelle situazioni dove è coinvolta l'autorità giudiziaria, fate gli allontanamenti. O assiti o rubi».*

Evidenziano inoltre difficoltà relative alla organizzazione, riferendo di un forte senso di solitudine professionale *«questo vuoto nel quale mi trovo anche io a lavorare, cioè di questa unica professione nella quale ci troviamo con rari e sporadici anche se utili però purtroppo limitati contatti con altre figure quali le figure sanitarie, ma anche...»* e sottolineano difficoltà di relazione con altre professioni, dalle quali si sentono poco riconosciute *«l'assistente sociale è come dire, quella che deve fare un po' tutto sul caso ma che però non.. Come dire, non ha questa grande, non ha bisogno di questa grande formazione o professionalità. Cosa che non è così anche perché a livello storico comunque, soprattutto nel mondo anglosassone è tutt'altra roba. Per cui...»* o *«da parte degli altri professionisti sono convinta che ci siano dei pregiudizi in termini di qualità del lavoro. Della tipologia anche delle aree che vengono toccate o che vengono conosciute».*

6. Riflessioni conclusive

Secondo quanto emerso dall'analisi dei materiali qualitativi della ricerca possiamo affermare che il progetto di sperimentazione di strumenti di diagnosi sociale sviluppato sul territorio bolognese ha evidenziato un alto gradimento delle metodologie da parte sia degli operatori sia degli utenti dei servizi sociali.

Le aspettative dei partecipanti sembrano essere state pienamente soddisfatte e pare accresciuta la qualità del lavoro sociale, condotto attraverso l'utilizzo di metodologie *evidence based* che hanno favorito la professionalità delle pratiche e il coinvolgimento dei diretti interessati nello sviluppo di progetti sociali di sostegno e aiuto a nuclei familiari in difficoltà.

Come riferito da uno dei partecipanti «l'aver la possibilità di utilizzare degli strumenti mi ha fatto sentire a mio agio. Mi ha fatto sentire sicura...» tanto che diverse assistenti sociali riferiscono di voler continuare ad abbracciare queste pratiche lavorative anche dopo il termine del progetto «è mio interesse, il mio intento rimettere mano a tutto il lavoro che abbiamo fatto insieme attraverso la ricerca perché li ritengo insomma degli strumenti insomma utili e rispetto alla valutazione e all'ipotesi di intervento credo che possano rientrare e dare una grossa mano... Però come tutte le cose bisogna proprio viverlo nel quotidiano, e questo è un impegno che bisogna proprio prendersi, rispetto al fatto che è stato sperimentale».

Al tempo stesso il progetto ha costituito una importante occasione di confronto professionale che potenzialmente offre agli organizzatori e ai *policy makers* materiali preziosi per ripensare all'organizzazione dei servizi sociali provinciali; una operatrice riferisce: *«vorrei riportare una fatica che ho fatto. Non so se fa parte della tua intervista o meno, ma la mia fatica un po' in alcune situazioni è stata quella di tenere distinti i contesti, il contesto valutativo dal contesto di puro aiuto socio assistenziale. Sia tenere distinti proprio i due momenti... Faticare con le famiglie a dire "non è questo il momento" sia a fare capire alle famiglie che le tue cose debbano necessariamente andare insieme. Questo per me è stato un limite nella sperimentazione con queste due famiglie perché in entrambi i casi, è molto forte anche il tipo di intervento socio assistenziale. Puramente socio assistenziale che si fa. Sono stati quelli che ho trovato... un po' i due ambiti che si sovrappongono, che le famiglie faticano a tenerle distinte e io dalla mia parte ho faticato molto a trovare i momenti per tenerli forse dovuto anche alle vicende quindi finita nel momento valutativo poi si parla anche di quello... E a volte le due cose confondono. Sarei per una bella distinzione per il servizio sociale che fa il socio assistenziale da una parte. Aiuta molto secondo me!»* o ancora *«il confronto all'interno di questi momenti che abbiamo avuto nella formazione, secondo me c'ha fatto vedere perché ovviamente, anzi ovviamente no, purtroppo ognuna di noi, ma questo anche, per dire, nei quartieri di Bologna capita, pur essendo 6 quartieri, non siamo un'infinità, il territorio non è così vasto, però che ognuno lavori un po' all'interno della propria realtà della propria criticità della propria fatica ecc.... E quindi mi manca questo confronto e anche il modo di condividere anche così, un iter professionale, delle buone prassi, e viceversa e confrontandosi anche con, non solo con altri quartieri di Bologna ma anche altri servizi della provincia di Bologna, si è visto come, non solo, ci sono diverse realtà, ma anche modalità di lavoro... Questo credo che da un lato ci arricchisca, dall'altro, questo appunto è stato il pensiero originario di riuscire anche all'esterno quindi anche all'Autorità Giudiziaria proporre un modo di lavoro, una prassi di lavoro anche attraverso strumenti che permetta di oggettivare la raccolta di informazioni dà a noi veramente una cassetta degli strumenti ricca. Ricca forse è eccessivo, però "scientifica", quindi che comunque ci permette di, tutti quanti, ognuno poi con le sue caratteristiche di lavoro all'interno dei vari ambiti di lavoro, però, di procedere seguendo quelle buone prassi che una grande e lunga riflessione condivisa ci ha portato a definire e condividere per cui spero si continui a lavorare in futuro, effettivamente questo possa diventare una base buona di cassetta degli attrezzi condivisa almeno nella nostra zona Bologna e provincia insomma. Non voglio espandermi ma...»*.

CAPITOLO OTTAVO

I risultati della ricerca ottenuti con l'analisi delle relazioni inviate all'autorità giudiziaria

Consapevoli della difficoltà di coniugare contesti e situazioni sociali, caratterizzati da incertezza, con una conoscenza oggettiva in senso positivista (Ciucci 2008) si è deciso di affrontare l'analisi del contenuto delle relazioni sociali redatte dagli assistenti sociali partecipanti al progetto di ricerca-azione senza avere la presunzione che il confronto tra gli scritti redatti secondo metodi tradizionali e quelli afferenti al periodo del progetto possa valere come raffronto tra un gruppo sperimentale ed uno di controllo.

È così che assumendo quella che Ciucci (2008) definisce una logica di razionalità limitata si è rinunciato alla costruzione di modelli deterministici, a favore di una più ragionevole messa a fuoco di scenari possibili, accettando di «muoversi sul terreno della possibilità piuttosto che su quello dell'oggettività e della sicurezza» si è affrontata l'analisi delle relazioni sociali, scegliendo un campione casuale di venti relazioni redatte, in egual numero, prima e dopo lo sviluppo del progetto.

L'analisi delle venti relazioni sociali inviate all'autorità giudiziaria, selezionate per svolgere l'approfondimento di ricerca, è stata condotta attraverso l'utilizzo di un software dedicato, con l'utilizzo del quale si è studiata la struttura delle stesse, con un focus di attenzione specifico agli strumenti di diagnosi sociale.

Prima di tutto si è stata effettuata una prima analisi delle “parole diverse” che compongono il *corpus*, ordinate per valori decrescenti di frequenza. Tra le parole ad alta frequenza, oltre a quelle di contenuto strumentale (di, e, che, per...) è stato possibile individuare le cosiddette “parole tema”, che hanno consentito di cogliere immediatamente gli argomenti principali dei vari scritti.

Molto utile è stata l'analisi delle concordanze (*Key word in context*), tecnica che consente di analizzare il contesto d'uso di una parola di interesse (o di gruppi di parole con la stessa radice) visualizzando le n parole precedenti e le n successive alla parola in analisi, tutte le volte che questa compare nel corpus (Tipaldo 2014). L'analisi delle concordanze è indispensabile sia per risolvere alcune delle ambiguità semantiche, sia per ricostruire per ogni parola i riferimenti tematici a cui questa rinvia, tracciando una mappa concettuale tra parole e temi affrontati.

L'analisi delle corrispondenze lessicali è una tecnica multivariata che consente di sintetizzare l'informazione contenuta in una grossa matrice di dati testuali, visualizzando sul piano fattoriale l'associazione tra le forme (parole) all'interno del testo in analisi, cercando la migliore rappresentazione simultanea degli elementi di riga e colonna, in modo da studiare l'interdipendenza tra caratteri. Gli assi

possono essere interpretati in qualità di dimensioni semantiche attraverso cui leggere il corpus: la vicinanza tra parole sul piano fattoriale rinvia infatti a una loro combinazione o associazione nel testo, e l'esplorazione delle associazioni tra le parole contribuisce alla lettura/descrizione del corpus.

1. Analisi delle relazioni sociali redatte secondo metodi tradizionali

Lo studio condotto attraverso l'utilizzo del programma NVIVO ha consentito di analizzare la struttura (Richards 1999) di dieci relazioni sociali redatte nel periodo precedente al progetto di ricerca-azione da alcuni operatori aderenti alla ricerca, facendo riferimento alla struttura degli scritti nonché ai dati e alle informazioni in esso contenute. Una particolare attenzione è stata rivolta alla descrizione degli interventi svolti dal servizio sociale e da vari soggetti della rete formale e informale, nonché alle valutazioni conclusive e proposte progettuali.

Come emerge dalla tabella riassuntiva 8.1 tutte le relazioni analizzate sono su carta intestata, definiscono chiaramente il destinatario e prevedono come oggetto il nome, cognome, data e luogo di nascita del minore; non ci sono informazioni ulteriori che potrebbero eventualmente essere desunte dalla motivazione all'invio, però questo dato non è sempre chiaro, infatti nel 50% dei casi si fa riferimento al numero di fascicolo senza esplicitare quali tribunali siano coinvolti sul caso e se si tratti di una relazione di aggiornamento o di una nuova segnalazione; nello specifico non è indicata la finalità dello scritto (richiesta di emissione di provvedimenti, modifiche al decreto eccetera) fatta eccezione per 3 casi in cui si fa riferimento alla necessità di modificare il precedente decreto alla luce dei cambiamenti familiari.

Tab. 8.1 Analisi relazioni vecchie

Relazioni vecchie	Valore assoluto
Carta intestata	10
Destinatari	10
Oggetto	10
Motivazione dell'invio	5
Servizio e operatori segnalanti	4
Firma	10
Dati relativi al minore	10
Dati relativi ai genitori	10
Dati relativi ad altri figli	10
Dati relativi a parenti conviventi	3
Dati relativi a parenti non conviventi	1
Altre segnalazioni pregresse sul nucleo	5
Motivo segnalazione	3
Storia e informazioni sul minore e sul nucleo d'origine	6
Interventi svolti dal servizio sociale e/o da altri	7
Valutazioni conclusive e proposte	4
Progetto del servizio	3
Fraresi giudicanti	13
Struttura/paragrafi	0

In ben 4 casi non è specificato quale sia il servizio scrivente e chi l'operatore di riferimento, tuttavia data la eterogeneità con cui i servizi sociali vengono organizzati forse sarebbe opportuno esplicitarlo, infatti sul territorio della provincia di Bologna la figura dell'assistente sociale si trova nello staff dei diversi comuni, singoli e associati (A.S.P., consorzi, unioni eccetera) talvolta dei quartieri, delle diverse unità operative dell'azienda sanitaria e anche direttamente degli ospedali con funzioni che vanno dall'assistenza alla tutela, senza che sia ben chiaro quale servizio funga da riferimento per il tribunale, e talvolta anche per gli utenti stessi. Solo una delle relazioni analizzate evidenzia che i servizi sociali scriventi (ausl, servizio sociale ospedaliero) hanno collaborato con quelli territoriali e la firma della relazione è

congiunta, poiché entrambi i professionisti hanno ritenuto opportuno segnalare la situazione familiare all'autorità giudiziaria.

In tutti i casi la relazione è firmata dalla assistente sociale e nel 50% dei casi è vistata dal responsabile di servizio. In 3 casi vi è una doppia firma, ovvero l'assistente sociale è affiancata da un altro professionista (oltre al caso già citato della collaborazione tra assistenti sociali compare una firma dell'educatore professionale e una dello psicologo).

Tutte le relazioni presentano una parte anamnestica che riporta dettagliatamente i dati del minore e del nucleo familiare convivente, comprensivo di eventuali fratelli. In 3 casi c'è una descrizione completa del nucleo, che comprende anche parenti non conviventi ma che rivestono un ruolo significativo per il minore, mentre negli altri casi o non ci sono riferimenti o si enunciano solo i legami più importanti.

In 5 casi, ovvero il 50% delle relazioni analizzate, si specifica che ci sono state pregresse segnalazioni e come accennato la motivazione dell'invio è chiara solo in 3 casi, mentre le restanti 7 relazioni non definiscono la motivazione sottesa alla relazione.

La storia del minore del suo nucleo familiare è rappresentata in 6 casi ma in ben 4 situazioni essa non è ricostruita e non vi sono neppure riferimenti a precedenti relazioni in cui la stessa fosse già stata enunciata.

Nonostante un numero consistente di relazioni comprenda la descrizione degli interventi svolti dal servizio sociale o da altri enti pubblici e privati della rete sociale e familiare solo in 4 casi c'è una valutazione complessiva della situazione e vengono fatte proposte. Di questi, in una relazione viene individuata una sola ed unica soluzione alle problematiche familiari (nonostante sia una relazione che dice di aver appena conosciuto il nucleo) che consiste nell'allontanamento del minore dai genitori, senza considerare eventuali soluzioni alternative tra cui la possibilità di coinvolgere il nucleo familiare allargato o valutare l'affidamento a parenti. Negli altri 3 casi emerge invece la concertazione del progetto socio-educativo tra famiglia e operatori e si evince la volontà di personalizzare la risposta del servizio alle esigenze familiari, tant'è che solo in questi 3 casi nella relazione compare una parte dedicata a proporre all'autorità giudiziaria un viene progetto di sostegno al nucleo finalizzato alla tutela dei minori.

Grazie all'utilizzo del supporto informatico si è isolata almeno una frase giudicante per ogni relazione. Per fase giudicante si intendono quei periodi in cui emerge una valutazione sulla situazione del minore, o si evidenziano fragilità e carenze nelle cure genitoriali, senza alcun richiamo a situazioni specifiche o a parametri di riferimento.

Di seguito si citano alcuni esempi tratti dalle relazioni, a titolo dimostrativo: *«la signora per la sua storia personale è una persona semplice, fatica a vedere la complessità della vita anche se poi sa attivarsi nella*

concretezza del quotidiano», «è emerso chiaramente che la signora non è in grado di identificare le sue difficoltà genitoriali e le sue carenze; è convinta di potersi occupare adeguatamente e senza difficoltà della figlia» o ancora «il compagno della madre fatica a ridimensionare il proprio atteggiamento rigido e concentrato su regole di tipo educativo».

Si nota che tutte le relazioni non presentano una suddivisione chiara in paragrafi (definiti da un titolo) anche se tendenzialmente la prima parte è sempre costituita dall'anamnesi. Dopo i primi dati relativi alla composizione del nucleo familiare lo sviluppo delle varie relazioni sociali è piuttosto variegato, non si evidenziano tratti distintivi e non sempre è chiaro se il filo logico sia quello della temporalità con cui sono svolti i fatti o il soggetto, tanto che in diverse occasioni si evidenzia una certa confusione tra ciò che ha fatto la famiglia e gli interventi del servizio. Talvolta si mescolano anche le varie azioni ed è difficile capire con quale finalità si scrive, poiché nella maggioranza dei casi la relazione si conclude con una generica frase di saluto.

L'analisi effettuata evidenzia come le relazioni sociali redatte nel periodo precedente al progetto si caratterizzino per uno scarso approfondimento della situazione familiare, che spesso è descritta in modo sommario, e per la poca chiarezza della valutazione sullo stato di benessere dei minori, che spesso non è esplicitato e presenta al suo interno una contraddizione in termini, poiché nonostante l'esplicita richiesta di diagnosi da parte dell'autorità giudiziaria non si avanzano proposte pur utilizzando frasi giudicanti nella descrizione della situazione attuale.

1.1 Gli strumenti di diagnosi sociale nelle relazioni "classiche"

Considerato che in ben 7 delle 10 relazioni sottoposte ad indagine si sono evidenziate descrizioni degli interventi attuati dal servizio sociale, si è ritenuto opportuno procedere ad una analisi degli strumenti professionali descritti.

Si sono isolate 29 frasi che facevano riferimento a strumenti professionali, di cui 15 proposizioni riferiscono l'utilizzo del colloquio (4 con i genitori congiuntamente, 5 con i genitori separatamente, 4 con il minore singolarmente, 2 con il minore alla presenza di altri familiari). In 7 casi le assistenti sociali si sono confrontate con il personale educativo e scolastico per avere informazioni sull'apprendimento e la relazione con i pari del minore e in 3 occasioni viene descritta la visita domiciliare presso l'abitazione familiare, occasione in cui l'operatore sovente dialoga con i minori, oltre ad osservare direttamente l'ambiente e le dinamiche familiari. Nelle relazioni vengono inoltre nominati il collocamento etero familiare (2 casi), gli incontri protetti e la restituzione degli esiti dell'indagine al nucleo familiare, che sono stati svolti solo una volta su dieci scritti analizzati.

Tab. 8.2 Utilizzo strumenti relazioni vecchie

Strumenti utilizzati	Valore assoluto
Iter di valutazione delle competenze genitoriali	0
Griglie	0
Eventi traumatici	0
Genogramma	0
Guida alla visita domiciliare	3
Mappa delle relazioni e delle risorse	0
Mi racconto	0
Questionario per la valutazione del maltrattamento	0
Racconto di mio figlio	0
Scheda multidimensionale	0
Racconto spontaneo	0
Colloquio con i genitori (congiunto)	4
Colloquio con i genitori (individuale)	5
Colloquio con il minore (individuale)	4
Colloquio con il minore (in presenza o con la collaborazione di altri familiari)	2
Confronto con il personale educativo e scolastico	7
Collocamento eterofamiliare	2
Incontri protetti	1
Restituzione	1
N validi	29

Si evidenzia come in nessuna relazione sociale vengano descritti gli esiti dell'utilizzo dei vari interventi attuati dal servizio sociale, siano essi di tipo diagnostico, assistenzialistico o di sostegno, ad eccezione dei colloqui, che vengono descritti da tutte le assistenti sociali come il principale strumento di conoscenza dei vari componenti del nucleo familiare e di acquisizione delle informazioni.

2. Analisi delle relazioni sociali redatte secondo il metodo sperimentale

Tab. 8.3 *Analisi relazioni nuove*

Relazioni nuove	Valore assoluto
Carta intestata	10
Destinatari	10
Oggetto	10
Motivazione dell'invio	10
Servizio e operatori segnalanti	9
Firma	10
Dati relativi al minore	10
Dati relativi ai genitori	10
Dati relativi ad altri figli	10
Dati relativi a parenti conviventi	10
Dati relativi a parenti non conviventi	10
Altre segnalazioni pregresse sul nucleo	10
Motivo segnalazione	10
Storia e informazioni sul minore e sul nucleo d'origine	10
Interventi svolti dal servizio sociale e/o da altri	10
Valutazioni conclusive e proposte	10
Progetto del servizio	10
Fraasi giudicanti	0
Struttura/paragrafi	9

Come emerge dalla tabella riassuntiva 8.3 tutte le relazioni sociali analizzate sono redatte su carta intestata e definiscono in modo chiaro il destinatario.

Tutte riportano in oggetto i dati del minore (nome, cognome data e luogo di nascita e il numero del fascicolo se già presente presso qualche tribunale, con specifica dell'autorità giudiziaria coinvolta ed eventualmente del giudice onorario incaricato) ed esplicitano la motivazione dell'invio suddividendo tra prima segnalazione, inchiesta sociale a domanda dell'autorità giudiziaria e richiesta di modifica del decreto precedentemente emesso.

Solo in un caso non è esplicitato il servizio e l'operatore di riferimento, seppure la relazione sia a firma esclusiva dell'assistente sociale, quindi si possa ipotizzare che sia proprio lei la responsabile del caso. Tutte le relazioni infatti sono firmate dall'operatore e vistate dal responsabile, in 3 casi vi è la firma congiunta con un altro operatore (in un caso si tratta di un educatore professionale e in 2 è uno psicologo).

Tutte le relazioni descrivono nel dettaglio la famiglia allargata, distinguendo tra il nucleo convivente e la presenza di altri familiari sul territorio regionale, esplicitando di volta in volta le relazioni che intercorrono tra i vari membri ed i legami significativi per il minore.

La totalità del campione presenta una accurata rappresentazione della situazione familiare ed è esplicitato chiaramente il motivo che ha portato alla scrittura nonché la finalità della relazione sociale.

In ogni testo si trova una narrazione della storia del nucleo familiare (o si fa riferimento a precedenti relazioni in cui la stesa era stata ricostruita) e si evidenziano gli interventi effettuati per fronteggiare le varie difficoltà, comprensivi di una valutazione circa la situazione familiare e di proposte progettuali atte a favorire il benessere dei minori e garantirne la tutela.

Non si sono evidenziate frasi giudicanti, nell'accezione sopra descritta, e l'analisi delle relazioni mostra come le proposizioni di valutazione vengono strutturate in riferimento ad elementi *evidence-based*, ad esempio *«la scrivente percepisce e comprende tale esigenza del minore; tenendo in considerazione la crescita dello stesso, la sua maturità, l'ansia e l'agitazione più volte espressa durante i colloqui, si ritiene opportuno, dunque, procedere con calma, lasciando il tempo necessario al minore affinché lenisca le sue ferite e si senta pronto ad affrontare tutte le problematiche con la mamma, cosa che non esclude di fare ma rimanda perché si vuole sentire “forte abbastanza e meno arrabbiato”»* o ancora *«durante l'osservazione si è notato che la relazione con il padre è contraddistinta da elementi disfunzionali: il bambino tende ad invertire il ruolo, dice al padre di ricordargli, una volta a casa, di dargli le medicine; lo svalorza e critica senza ricevere da lui adeguato contenimento. La relazione con la madre appare più sintonica, ella sa accogliere le spinte evolutive del figlio e promuove in lui l'acquisizione delle regole di vita»*.

Anche quando non si hanno elementi sufficienti a espletare il compito richiesto dall'autorità giudiziaria si esplicitano le motivazioni e si effettua una valutazione della situazione osservata proponendo un progetto compatibile con la situazione familiare *«il servizio sociale scrivente ritiene di non avere elementi per suggerire le migliori modalità di affidamento del minore, considerato che a causa dell'indisponibilità materna non è stato possibile valutare se ci siano le possibilità di effettuare un percorso volto a smussare le conflittualità tra i coniugi e mediare tra loro al fine di catalizzare le attenzioni, e le notevoli risorse presenti a livello familiare, sul minore; tuttavia si propone di supportare il padre nei momenti di avvicinamento del piccolo alla propria dimora, qualora l'autorità giudiziaria valuti l'opportunità di tale pratica, regolamentando se necessario la frequenza delle relazioni padre-figlio»*.

Tutti i testi sono redatti secondo lo schema fornito dalla guida operativa distribuita a tutti gli operatori aderenti al progetto e solo in un caso non sono evidenziati i vari sotto-titoli, nonostante la struttura risulti formalmente la stessa. Si evidenziano riferimenti specifici agli strumenti di diagnosi sperimentati, ed è esplicitato inoltre quali elementi di conoscenza si siano ottenuti attraverso la loro applicazione.

2.1 Gli strumenti di diagnosi sociale nelle relazioni “nuove”

Come risulta dalla tabella 8.4 nell'analisi delle relazioni sociali si sono isolate 40 frasi facenti riferimento a strumenti professionali, sia di tipo classico sia di tipo sperimentale.

16 proposizioni si riferiscono all'utilizzo del colloquio (3 con i genitori congiuntamente, 9 con i genitori separatamente, 4 con il minore singolarmente). In 4 casi le assistenti sociali si sono confrontate con il personale educativo e scolastico per avere informazioni sull'apprendimento e la relazione con i pari del minore e in 3 occasioni viene descritta la visita domiciliare presso l'abitazione familiare, occasione in cui l'operatore sovente dialoga con i minori, oltre ad osservare direttamente l'ambiente e le dinamiche familiari. Nelle relazioni vengono inoltre nominati gli incontri protetti (2 casi), l'affiancamento educativo e il sostegno al nucleo familiare attraverso il volontariato (2 casi), il collocamento eterofamiliare (1 caso), la mediazione familiare (1 caso) e la restituzione degli esiti dell'indagine al nucleo familiare (1 caso).

Tab. 8.4 Utilizzo strumenti relazioni nuove

Strumenti utilizzati	Valore assoluto
Iter di valutazione delle competenze genitoriali	4
Griglie	2
Eventi traumatici	0
Genogramma	0
Guida alla visita domiciliare	3
Mappa delle relazioni e delle risorse	1
Mi racconto	1
Questionario per la valutazione del maltrattamento	0
Racconto di mio figlio	2
Scheda multidimensionale	0
Racconto spontaneo	0
Colloquio con i genitori (congiunto)	3
Colloquio con i genitori (individuale)	9
Colloquio con il minore (individuale)	4
Colloquio con il minore (in presenza o con la collaborazione di altri familiari)	0
Confronto con il personale educativo e scolastico	4
Collocamento eterofamiliare	1
Incontri protetti	2
Restituzione	1
Affiacamento educativo/sostegno	2
Mediazione familiare	1
N validi	40

Tra gli strumenti di diagnosi sociale sperimentali vengono nominati l'iter di valutazione delle competenze genitoriali (4 casi), le griglie di *assessment* e il "racconto di mio figlio" (2 casi ciascuno), il "mi racconto" e la mappa delle relazioni e delle risorse.

Come si nota gli operatori sociali non hanno completamente abbandonato gli interventi “classici” di servizio sociale bensì paiono aver integrato le nuove metodologie sperimentali nel proprio bagaglio di conoscenze professionali al fine di migliorare

3. Riflessioni conclusive

L’osservazione condotta attraverso l’analisi del contenuto della relazioni sociali evidenzia un significativo cambiamento nei testi analizzati, che nel periodo della sperimentazione risultano maggiormente comprensibili al lettore, per la suddivisione chiara in paragrafi nonché per il carattere descrittivo, che consente di capire con facilità la composizione del nucleo familiare, le relazioni al suo interno e la situazione dei minori, con riferimenti specifici ad eventuali situazioni di difficoltà e alle possibili soluzioni individuate.

Si evidenzia come la costruzione del testo si organizza logicamente secondo lo schema proposto nel corso del progetto di ricerca-azione che facilita la conoscenza delle dinamiche familiari evitando la confusione tipica della descrizione di dinamiche relazionali contraddistinte da una pluralità di attori che interagiscono tra loro nelle forme più variegate, stringendo legami ma anche creando occasioni di frattura.

Le affermazioni valutative sono affiancate dagli elementi *evidence-based* sui quali si fondano le proposte degli operatori, che descrivono dettagliatamente gli strumenti metodologici utilizzati per espletare l’indagine sociale e con quale finalità specifica.

Una componente rilevante è relativa al coinvolgimento delle famiglie nell’iter diagnostico, il che comprende l’utilizzo di strumenti specifici per favorire la narrazione delle vicende familiari sia la co-costruzione del progetto di aiuto e sostegno e la restituzione degli esiti della valutazione, favorendo dunque la condivisione delle soluzioni proposte all’autorità giudiziaria.

Per riassumere la riflessione scaturita dall’analisi dei testi redatti dalle assistenti sociali ed indirizzati all’autorità giudiziaria si è trovato proficuo utilizzare la categorizzazione introdotta da Dovigo in un suo lavoro di ricerca sul mondo femminile e la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura (2007), che sembra calzare perfettamente nel contesto analizzato, forse proprio perché gli assistenti sociali che hanno aderito al progetto di ricerca-azione sono tutte donne e si trovano sovente a relazionarsi con nuclei familiari monogenitoriali in cui il padre spesso è assente (Bertocchi 2006) o scarsamente coinvolto:

-il *bricolage*, inteso come «abilità nel lavorare a partire da “quello che c’è”, e non solo in condizioni di risorse ottimali» (Dovigo 2007, 35), costruendo le soluzioni a partire dalle peculiarità di ogni singolo all’interno della situazione familiare

- l'improvvisazione, «come attitudine a trovare soluzioni creative e in tempo reale, utilizzando l'incertezza come risorsa» (ivi), senza affidarsi a schemi assistenziali pre-costituiti ma cercando di costruire progetti personalizzati per ogni situazione familiare
- la resilienza, «come capacità di affrontare positivamente le difficoltà» (ivi), provando a trasformare gli elementi di debolezza in punti di forza, concedendosi sempre almeno una possibilità.

CONCLUSIONI

L'indagine condotta in merito al progetto bolognese ha inteso compiere il monitoraggio dello stato di avanzamento rispetto agli obiettivi programmatici dichiarati in fase di identificazione e la verifica delle difficoltà, così come la messa a fuoco degli elementi di innovazione capaci di valorizzare l'agire professionale degli assistenti sociali nel campo della diagnosi finalizzata alla valutazione delle capacità genitoriali.

Da questo punto di vista le dimensioni individuate per una specifica osservazione del progetto sono sostanzialmente tre:

- L'evoluzione dall'idea al progetto, condotta osservando le modifiche alle aspettative dei partecipanti nel corso della ricerca-azione;
- L'integrazione delle azioni professionali e l'innovazione delle strategie di intervento sociale attivate attraverso l'utilizzo di strumenti professionali con finalità diagnostica da condividere all'interno dell'equipe di lavoro;
- I risultati sull'utenza dei servizi sociali e sugli operatori.

Lo studio ha da un lato cercato di ricostruire la teoria dei decisori e degli attuatori sottostante il progetto, con l'obiettivo di realizzare una *theory based evaluation*. In questo senso si è inteso indagare le prime due dimensioni, integrando poi un aspetto valutativo di più ampio raggio, attraverso il parere dei diretti interessati e il confronto con le metodologie professionali applicate precedentemente il periodo di ricerca-azione.

Vi è stata una significativa strategia di partecipazione attraverso la quale sono stati coinvolti gli *stakeholder*, decisori, attuatori e beneficiari finali (utenti e operatori). La partecipazione, avvalendosi della collaborazione degli attori sociali, si è rivelata uno strumento ulteriore di comprensione della realtà e ha permesso di sviluppare quella che Ciucci (2008) definisce come una profondità di indagine in grado di rivelare nuovi significati, uno scenario alternativo, ma non contrapposto. Si è quindi potuta realizzare una co-produzione (Cipolla 1988) di dati e informazioni assieme agli attori sociali coinvolti.

In fase preliminare si è ricostruito il programma e le esigenze del gruppo promotore del progetto individuando insieme ad essi le *issues*, le questioni rilevanti su cui focalizzare l'attenzione. Decisori e attuatori sono stati consultati sia per ricostruire la teoria del programma sia per indagare sulla concertazione e le varie possibilità di integrazione sociale tra diversi attori istituzionali. I beneficiari sono stati interpellati attraverso questionari ed interviste per valutare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi di diagnosi sociale effettuati attraverso l'applicazione delle metodologie sperimentate e per valutare l'efficacia complessiva del progetto.

Questi elementi di flessibilità, insieme alle modifiche apportate al progetto, consentono di affermare che la realizzazione iniziale sia avvenuta all'interno di un processo riflessivo e di rimessa in discussione dei propri assunti di partenza. Occorrerà tuttavia comprendere se tale riflessività può intendersi nel senso attribuito dalla teoria relazionale, come forma di «apprendimento messo in atto tenendo conto degli effetti della propria azione e reintroducendo le conseguenze del proprio agire (*self-steering*) nella definizione del progetto complessivo» (Donati, 2003, p.6). In altri termini si è trattato di verificare, in sede di analisi dei risultati, se le nuove dimensioni del progetto si stessero sviluppando pienamente.

Rispetto a queste dimensioni si ha avuto modo di evidenziare l'appropriatezza dell'azione del programma, sia per il coinvolgimento degli utenti in condizione di difficoltà, sia per la possibilità offerta agli operatori sociali di apprendere e sperimentare metodologie *evidence based* atte a favorire l'integrazione all'interno di equipe multiprofessionali, permettendo *partnership* locali sufficientemente ampie per realizzare obiettivi e azioni previste. Il che ha permesso, allo stesso tempo, di coniugare le esigenze di uniformità e quelle di decentramento e adattabilità a situazioni territoriali diversificate per assetti politico-istituzionali, per risorse, esperienze e esigenze locali.

La valutazione ha però messo in evidenza al tempo stesso che, al di là della virtuosità del progetto, che pare aver contribuito a creare relazionalità nelle pratiche di servizio sociale, permangono difficoltà organizzative all'interno di tali enti, capaci di influenzare l'operato dei dipendenti con assetti confusivi che oberano gli operatori di lavoro costringendoli ad un agire professionale frettoloso. Infatti il monitoraggio del programma ha rivelato che un elevato numero di operatori, nonostante una adesione iniziale, avevano abbandonato la sperimentazione per mancanza di tempo o cambio di mansione. Di fatto l'elevato *turn-over* degli operatori sociali, molti dei quali assunti con contratti a termine, non facilita l'approfondimento relazionale necessario per l'applicazione delle metodologie professionali sperimentate.

La scelta di adottare una strategia relazionale ha portato con la convinzione e consapevolezza dell'inadeguatezza di un atteggiamento di presunzione e dell'esigenza di instaurare con gli attori sociali un rapporto, un dialogo: quindi di porsi in ascolto attivo e attento nei loro confronti (Ciucci 2008). Abbandonate le certezze e le assolutezze dell'approccio positivista e determinista ho deciso di passare ad una costruzione di senso partecipata e processuale, a cui si giunge assieme agli altri soggetti, entrando in relazione con essi.

La ricerca è stata condotta secondo un approccio valutativo che unisce monitoraggio, rilevazione degli esiti e soddisfazione dei partecipanti.

Il progetto sviluppato sul territorio bolognese, oltre a produrre una serie di strumenti professionali veri e propri, finalizzati ad adempiere ad uno specifico compito dei servizi sociali, ha portato anche un importante valore aggiunto, sia agli operatori (e ai servizi presso i quali lavorano) che agli utenti:

- Una valutazione nella valutazione.

Gli strumenti di diagnosi sociale oltre a consentire una lettura del caso consentono di raccogliere tutte quelle informazioni necessarie a compilare le schede di valutazione per l'accesso ad altri servizi della rete socio-sanitaria educativa ed assistenziale e forniscono importanti dati per la valutazione del territorio.

Fin dall'inizio del progetto le aspettative di partecipanti e organizzatori segnalavano la volontà di sperimentare strumenti professionali che consentissero una precisa e puntuale raccolta delle informazioni finalizzate alla valutazione delle capacità genitoriali, ma al tempo stesso è emersa la necessità di integrazione con altri professionisti e altri servizi del territorio a fronte di situazioni multiproblematiche.

La lettura delle informazioni raccolte nel corso di una diagnosi sociale approfondita, come è quella condotta con le metodologie sperimentate, consente inoltre di dipingere un quadro preciso del territorio in termini di problematiche e bisogni degli abitanti nonché di modalità di erogazione dei servizi alla persona (utile alla programmazione distrettuale e locale).

Gli esiti della ricerca confermano che la sperimentazione di strumenti per la diagnosi sociale ha migliorato le pratiche professionali e sistematizzato le operazioni lavorative delle assistenti sociali favorendo l'integrazione e consentendo una lettura approfondita del territorio attraverso la lettura aggregata delle informazioni raccolte;

- Verso un sistema integrato socio-sanitario ed educativo.

Impostare un insieme di strumenti professionali capaci di orientare il lavoro sul caso consentendo al tempo stesso una prima analisi del contesto ha costruito un sistema che si sviluppa secondo una connessione di attori, professionalità e opportunità offerte dal territorio.

I risultati della ricerca, sia per quanto emerso dall'analisi dei questionari, sia per le dichiarazioni dei partecipanti nei *focus-group* e nelle interviste, dimostrano che l'utilizzo di strumenti di diagnosi sociale ha accresciuto il numero dei contatti inter-professionali e migliorato la qualità della relazione tra professionisti, consentendo alle assistenti sociali di motivare e qualificare le ragioni dell'invio presso altri servizi, con i quali si sono avviate delle collaborazioni;

- Introduzione di modalità di lavoro innovative nel lavoro degli assistenti sociali.

Come emerso nel corso dei *focus-group*, prima della implementazione di questo progetto gli operatori utilizzavano, nella maggior parte dei casi, strumenti di lavoro personali, costruiti nel corso della propria esperienza lavorativa; strumenti spesso disomogenei anche tra gli operatori di uno stesso servizio, rispetto ai quali non era sempre chiaro il quadro metodologico di riferimento e gli assunti teorici ed empirici di fondamento. Tale vuoto formativo e di pratiche è stato colmato

grazie all'adesione al progetto, dalla cui analisi emerge chiaramente l'investimento di tutti i partecipanti finalizzato al miglioramento professionale.

- Creazione di una comunità professionale su base provinciale.

Si è osservato che la partecipazione rappresenta un elemento essenziale del successo del progetto di ricerca-azione, la costruzione degli strumenti da parte di un gruppo di operatori dopo una esperienza formativa, la condivisione delle fatiche professionali e dei successi conseguiti attraverso l'utilizzo degli strumenti sperimentati, la possibilità di beneficiare di un tempo ed uno spazio di confronto e supporto reciproco, nonché la prospettiva di formare "a cascata" altri operatori ha originato un gruppo supportivo e motivato originato da quella che Dani (2003) definisce come "formazione per la qualità";

- Riconoscere la famiglia come risorsa.

Tra le alterne vicende della storia, secondo quanto affermato da Belletti (2010), la famiglia si presenta come un «soggetto responsabile», anche se non autosufficiente, capace di generare vita, solidarietà, senso civico, ma anche «bisogno di adeguate interazioni con il contesto esterno». L'applicazione degli strumenti di diagnosi sociale e valutazione delle capacità genitoriali pare essere in grado di facilitare e favorire tali interazioni, consentendo sia agli operatori che agli utenti del servizio sociale di vedere non solo le difficoltà e i punti di debolezza del nucleo familiare, ma anche gli elementi di forza.

Tale elemento emerge in modo particolare dall'analisi dei questionari relativi agli strumenti di valutazione delle capacità genitoriali (poi confermata dalle dichiarazioni degli intervistati) che prevedeva alcuni *item* su questo tema. I familiari dichiarano infatti che l'utilizzo degli strumenti abbia consentito di mettere in luce le difficoltà (media 7, mediana 8, moda 10) ma al tempo stesso abbia consentito l'emergere dei punti di forza (media 7.16, mediana 8, moda 10).

Allo stesso modo gli operatori dichiarano che grazie all'utilizzo degli strumenti siano stati facilitati nel vedere punti di forza e debolezza del nucleo familiare (media 9.30, mediana 9, moda 9);

- Aprire la valutazione alle diverse forme di famiglia.

Nel corso dei vari incontri con gli operatori partecipanti alla ricerca, sia in fase di selezione dei casi, sia nel corso della supervisione, si è notato come la sperimentazione abbia consentito di valutare le capacità genitoriali prescindendo dall'idea di famiglia *standard* e consentendo di aprirsi alle nuove forme di famiglia (Zanatta 2008). Numerosi sono i casi in cui gli operatori hanno applicato gli strumenti di diagnosi a coppie di conviventi (o ex- conviventi) ma vi sono state anche situazioni in cui dall'esperienza di *co-housing* di due nuclei madre-figlio è nata una relazione sentimentale tra le due donne o una coppia aspirante all'adozione in cui il padre si trovava in transizione dal sesso femminile a quello maschile. Secondo quanto riferito dalle assistenti sociali nel corso dei *focus-group* l'applicazione di strumenti di diagnosi sociale

evidence based ha consentito di effettuare una diagnosi sociale libera da pregiudizi, fondata su una metodologia chiara e su elementi condivisi tra operatore ed utenti;

- Facilitare il coinvolgimento delle figure paterne.

Come emerge dall'analisi dei *focus-group* la maggior parte dei casi rappresentati nella ricerca consiste in famiglie in carico ai servizi sociali per problematiche connesse alla separazione tra i genitori, in cui sovente gli operatori si trovavano a relazionarsi in maggior parte con le madri come affidatarie prevalenti del minore. La sperimentazione di un iter di diagnosi sociale fondato sull'utilizzo di strumenti di valutazione del *parenting* che facilitano la relazione con entrambi i genitori e aiutano l'operatore a visualizzare (anche graficamente attraverso l'uso del disegno, ad esempio) il mondo del minore, ha consentito un maggiore coinvolgimento delle figure paterne ed una riflessione rispetto al loro ruolo in termini relazionali (Bertocchi 2009);

- Sviluppare i servizi alla persona come strumenti per la realizzazione del *welfare*, ovvero del benessere.

Dopo aver definito il *Welfare State* come «fenomeno sociale la cui conoscenza critica e la comprensione delle cui differenze, variazioni, trasformazioni, nel tempo e nello spazio (delle società moderne) sono da perseguire, avendo riguardo ai sistemi sociali di riferimento, nelle situazioni storiche date» (Ardigò 1981, 2) possiamo definire un servizio alla persona secondo quanto delineato da Rossi (2010) che gli attribuisce la capacità di coinvolgere attivamente i soggetti destinatari, essendo essi i maggiori “esperti” del benessere a cui aspirano.

Seguendo questa logica, possiamo evidenziare attraverso i risultati dello studio l'efficacia dei servizi alla famiglia, non relativa agli interventi presi singolarmente, bensì alla capacità di consentire il loro intreccio, raccogliendo la storia familiare e co-costruendo con i vari membri del nucleo soluzioni atte a supportare la famiglia in tutte le diverse transizioni, abbandonando logiche settoriali, e quindi generando “benessere familiare” (Carrà Mittini 2008).

Di particolare rilevanza a tal proposito sono gli *item* del questionario sottoposto a familiari e assistenti sociali, in cui si chiedeva di valutare quanto il percorso di diagnosi sociale fosse stato utile per la co-costruzione di ipotesi progettuali tra utenti ed operatori, in cui tutti i partecipanti si sono posizionati su voti molto alti (familiari: media 9.53, moda 8, mediana 8; operatori: media 8.41, moda 9, mediana 9) confermando come l'utilizzo di questi strumenti favorisca la partecipazione attiva dell'utenza alla realizzazione dei servizi riducendo l'assistenzialismo.

Al giorno d'oggi ci troviamo ad affrontare anni di crisi economica e di valori, caratterizzati da ciò che Ciucci (2008) definisce clima di sfiducia verso la democrazia come sistema atto a produrre effetti positivi sociali concreti che garantiscano i diritti di cittadinanza, che si traduce in un diffuso scetticismo verso i rappresentanti delle istituzioni, tuttavia il progetto bolognese ha dimostrato come sia ancora possibile sviluppare pratiche professionali capaci di fondarsi su idee di cittadinanza, solidarietà e reciprocità,

realizzando ciò che Dominelli (2005) riconosce come diritti sociali e umani dell'utente, che devono essere rispettati. Tuttavia come sottolineato anche da Vecchiato (2001) i servizi sociali, nonostante costituiscano un diritto per il cittadino, risentono di anno in anno della scarsità di risorse economiche, poiché le prestazioni sociali sono vincolate al Fondo per le politiche sociali, che dal 2003 ad oggi ha subito diversi tagli, apportati con le leggi finanziarie.

Secondo Donati (2006b) l'operatore pubblico ha «incombenze istituzionali (statuali) di regolazione e di controllo, ad alta tassatività» che ne ostacolano il lavoro relazionale. Il progetto sviluppato nella provincia di Bologna dimostra come, anche in un delicato ambito come quello della tutela minorile, con alta valenza istituzionale, e nello svolgimento di un compito professionale che tanto rimanda alle dimensioni del controllo e del giudizio, come è la diagnosi sociale e nello specifico la valutazione del *parenting* è possibile esercitare la relazionalità attraverso pratiche in grado non solo di coinvolgere le famiglie, ma di renderle vere protagoniste dell'intervento sociale, di cui l'operatore diventa un garante.

Come osserva Stanzani (2006) i modelli teorici classici risultano in qualche modo fallaci nella valorizzazione delle reciprocità, dei legami e delle relazioni poiché chi guida il processo di aiuto, l'operatore, viene considerato il maggiore detentore del sapere rispetto alla soluzione del problema. Allo stesso modo Gui (2004) sottolinea la necessità di aprire la relazione di aiuto a una ottica riflessiva, evidenziando i limiti con cui le metodologie classiche si avvicinano a tale metodo. Il progetto sviluppato in provincia di Bologna mostra un esempio concreto di apertura delle pratiche professionali degli assistenti sociali alla riflessività (Archer 2009) capace di sviluppare relazionalità nei servizi sociali.

Secondo Prandini (2007b) i servizi possono essere organizzati e sviluppati secondo due diverse logiche di azione una "individualista e burocratica" e l'altra "generativa-sussidiaria". Nel primo caso le competenze degli operatori vengono esercitate al meglio, per compiere il lavoro secondo un mansionario che favorisce lo svolgimento corretto dell'attività, e le interazioni con altri attori sono di coordinamento tra azioni realizzate da soggetti diversi, senza esercitare forme di riflessività altre. Nel secondo caso invece si tratta di essere continuamente in relazione con gli altri attori, riconoscendo le reciproche differenze e valorizzandole per creare una sinergia; le pratiche sperimentate nel progetto oggetto di studio paiono consentire lo sviluppo di pratiche professionali orientate propriamente secondo questa seconda logica.

Il legislatore italiano fornisce ciò che Regoliosi (2001) definisce come una "cornice entro la quale, a seconda delle varie realtà territoriali, si possono strutturare gli interventi. Se da un lato la normativa favorisce la flessibilità e la costruzione di soluzioni atte a rispondere alle peculiarità del territorio e alle varie situazioni specifiche, dall'altro appare lacunosa rispetto all'individuazione di punti di forza e debolezza delle politiche sociali, rispetto alle quali sottolinea la necessità di una valutazione costante senza definirne le modalità.

L'intreccio di una pluralità di metodologie, ha permesso di analizzare il progetto sociale sviluppato nel territorio bolognese aprendo al tempo stesso la riflessione a nuovi interrogativi, che portano a chiederci se le metodologie sperimentate, oltre a introdurre relazionalità nei servizi sociali, possano essere definite come buone pratiche.

Secondo Ferguson e il suo gruppo di lavoro (2008) è impossibile definire in modo univoco le buone prassi nel lavoro sociale poiché qualsiasi tentativo necessita di una contestualizzazione nel potrà mai Tempo e nello spazio. È dunque possibile analizzare le buone pratiche, secondo una prospettiva critica (Costabile e Mostardi 2009), cercando di accantonare il negativismo che da sempre caratterizza le professioni sociali, per favorire l'emergere dei punti di forza e l'esaltazione di quanto c'è di buono.

Possiamo dunque provare, nell'impossibilità di definire una "buona pratica" in modo univoco, a delinearne le caratteristiche, considerando in particolare quattro aspetti (Donati 2006; Donati, Prandini, 2006):

1. La qualità delle risorse impiegate e l'efficienza dei processi di erogazione del servizio.
Trattandosi di un "servizio alla famiglia" è indispensabile tenere conto del fatto che le famiglie vengano coinvolte come risorse attive e non compaiano soltanto come "beneficiari" indiretti di un intervento sull'individuo. In altre parole, è necessario trasformare il servizio sociale da un servizio "per le famiglie" a uno "con le famiglie".
2. L'obiettivo del servizio deve essere il benessere dell'intero nucleo e non solo la risoluzione delle problematiche di un suo membro. Il servizio stesso deve far parte di un piano più complesso di politiche sociali tese a supportare tutte le transizioni familiari, nelle varie fasi del ciclo di vita, attraverso una pluralità di strumenti che consentano alle famiglie di scegliere liberamente la soluzione più in sintonia con le proprie specifiche esigenze.
3. Gli attori che progettano e realizzano l'intervento seguono modalità partecipate (Carrà, 2008b).
La situazione ottimale è quella in cui l'intervento nasce da *partnership* tra soggetti misti (pubblici, privati, di privato sociale) tenendo conto delle famiglie non solo come destinatari dell'intervento ma come soggetti primari, attivi.
4. Modello culturale entro il quale viene attuato l'intervento o il servizio. Come sottolineato da Donati per definire una buona pratica è necessario considerare "la qualità etica dei fini perseguiti", quest'ultima è in stretta relazione con l'*empowerment* dei soggetti e in primis delle loro relazioni familiari, che devono risultare né solo *producer* né solo *consumer*, ma *prosumer* di beni "relazionali" (Donati, 2006a), ovvero prodotti e fruiti insieme nell'ambito delle reti familiari dei soggetti; in ultima analisi, bisogna verificare che venga rispettato il principio di sussidiarietà nel loro coinvolgimento e l'esigenza di pluralizzazione, tipica di un *welfare* sussidiario.

Pur riconoscendo che non pare possibile al momento effettuare tutto il processo metodologico necessario per verificare se il progetto bolognese possa essere definito come una “buona pratica”, sembra tuttavia verosimile affermare che esso sia essere nato “sotto una buona stella”, con la presenza di tutte le condizioni di partenza facilitanti la valutazione, indicate da Bernardi e Ongaro Bertol (1984), quali la chiara precisazione dell’oggetto sottoposto a studio valutativo, la disponibilità di amministratori e operatori a tener conto dei risultati nonché la creazione delle condizioni adeguate allo studio valutativo rispetto alle risorse, ma soprattutto questa valutazione ha già mostrato, sin dai primi incontri di supervisione, la sua natura partecipata e negoziata, dove gli attori hanno mostrato di sentirsi pienamente coinvolti, dove le tecniche di gruppo paiono aver fatto da collante tra gli operatori e dove in particolare le indicazioni operative non vengono calate dall’alto ma prodotte dal coinvolgimento attivo dei vari soggetti, che non hanno mancato di dimostrare la loro consapevolezza, il loro favore ed entusiasmo; pertanto si caratterizza come una *policy* potenzialmente capace di sviluppare buone pratiche di servizio sociale.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Allegri E., Palmieri P. e Zucca F.

(2006) *Il colloquio nel Servizio Sociale*, Roma, Carocci.

Altieri L.

(2011) *Valutazione e Partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*, Milano, FrancoAngeli.

Andrenacci R.

(2009) *La visita domiciliare di Servizio Sociale*, Roma, Carocci Faber.

Archer M.S.

(2009) *Riflessività Umana e percorsi di vita. Come la soggettività umana influenza la mobilità sociale*, Trento, Erickson.

Ardesi S. e Filippini S.

(2008) *Il Servizio Sociale e le famiglie con minori*, Roma, Carocci.

Ardigò A.

(1981) *Introduzione all'analisi sociologica del welfare state e delle sue trasformazioni*, in La Rosa M., Minardi A., Montanari (a cura di) *I servizi sociali tra programmazione e partecipazione*, Milano, FrancoAngeli, pp. 41 – 83.

Bartolomei A. e Passera A.L.

(2005) *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*, Roma, Edizioni CieRre.

Belletti F.

(2010) *Ripartire dalla famiglia*, Milano, Edizioni Paoline.

Belsky

(1993) *Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis*, in "Psychological Bulletin", n. 114, pp. 413-434.

Bernardi L. e Ongaro Bertol F.

(1984) *Azione sociale e valutazione*, Ministero degli Interni, Roma, Direzione Generale Servizi Civili.

Bertocchi F.

(2005) *Le tipologie sociologiche delle politiche familiari in Europa: un'analisi comparativa*, in Osservatorio nazionale sulla famiglia, Famiglie e politiche di welfare in Italia: interventi e pratiche, vol. II, Il Mulino, pp. 149-167.

(2006) *Perché la famiglia è un'istituzione sociale unica e infungibile*, in "Sociologia e Politiche Sociali", vol. 9, n. 1, pp. 135-152.

(2009) *Sociologia della paternità*, Padova, Cedam.

Bertotti T.

(2006) *La presa in carico e le funzioni dell'assistente sociale*, in Ghezzi D. e Vadilonga F. (a cura di) *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

(2012) *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Roma, Carocci Faber.

Biestek F.

(1960) *The Five Methods of Social Work*, Loyola University Press.

Bourdieu P.

(2003) *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Branca P. e Colombo F. (a cura di)

(2003) *La ricerca-azione come attivazione delle comunità locali*, in «Animazione sociale», vol. 2, pp. 27-41.

Bronfenbrenner

(2002) *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino.

Camerini G.B., Lopez G. e Volpini L.

(2011) *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali. APS-I: assessment of parental skill interview*, Rimini, Maggioli editore.

Campanini A. M. (a cura di)

(2004) *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Roma, Carocci Faber.

(2013) *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma

Carrà Mittini E.

(2008) *Un'osservazione che progetta. Strumenti per l'analisi e la progettazione relazionale di interventi nel sociale*, Milano, LED.

Cellentani O.

(1997), *Manuale di metodologia per il Servizio Sociale*, Milano, FrancoAngeli.

Cellentani O., Facchini F. e Guidicini P. (a cura di)

(1991) *Dimensione Relazionale e sistema dei valori nel Servizio Sociale*, Milano, FrancoAngeli.

Cesaroni M., Lussu A. e Rovai B.

(2000) *Professione assistente sociale. Metodologia e tecniche dell'intervento sociale*, Tirrenia, Edizioni del Cerro.

Cheli M. e Valdiserra M.

(2008), *Segnalare all'Autorità Giudiziaria. Un nodo cruciale nel percorso protettivo dei bambini vittima di abusi*, in «Minori e Giustizia», vol. 2, pp. 321-332.

Cheli M., Ricciutello C. e Valdiserra M.

(2012) *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari*, Rimini, Maggioli editore.

Cheli (a cura di)

(2011) *La Valutazione delle Cure Parentali. Strumenti per la Diagnosi Sociale*, atti del convegno di presentazione del progetto, Bologna.

Ciucci

(2008) *Valutazione delle politiche e dei servizi sociali. Partecipazione, metodo, qualità*, Milano, FrancoAngeli.

Cipolla

(1988) *Teoria della metodologia sociologica*, Milano, FrancoAngeli.

Colozzi, I.

(2011) *L'urgenza di misurare i beni intangibili: proposte per un percorso*, in «Sociologia e politiche sociali», Vol 14, 1, Milano, FrancoAngeli.

Costabile A. e Mostardi G.

(2009) *La tutela dei minori a rischio. Buone pratiche istituzionali*, Roma, Carocci Faber.

D'Ambrosio C.

(2010) *L'abuso infantile. Tutela del minore in ambito terapeutico, giuridico e sociale*, Trento, Erickson.

Dal Pra Ponticelli M.

(1985) *I modelli teorici di servizio sociale*, Roma, Astrolabio.

(1987) *Lineamenti di Servizio sociale*, Roma, Astrolabio.

(2013a) Modello *Problem Solving* in Campanini *et al.*, *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, pp.382-286

(2013b) Modelli di servizio sociale in Campanini *et al.*, *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, pp.372-379.

Dani L.

(2003) *La buona qualità: una proposta per la gestione della qualità nei servizi alla persona*, Milano, FrancoAngeli.

De Ambrogio U., Bertotti T. e Merlini F. (a cura di)

(2007). *L'assistente sociale e la valutazione*, Roma, Carocci.

Department of Health

(2005), *Assessing Children and Their Families: Practice Guidance*, Londra, TSO.

Di Balsio P. (a cura di)

(2005) *Tra rischio e protezione*, Milano, Edizioni Unicopli.

Di Franco G.

(2009) *L'analisi dei dati con SPSS. Guida alla programmazione e alla sintassi dei comandi*, Milano, FrancoAngeli.

Dominelli L.

(2005) *Il servizio sociale. Una professione che cambia*, Trento Erickson.

Donati P.

(2001a) *La razionalizzazione dei servizi socio-sanitari come costruzione di un welfare mix: fra quasi-mercati (soluzione lib/lab) e via societaria (soluzione statutaria)*, in «Sociologia e Politiche Sociali», IV, n. 2, pp.109- 137.

(2001b) *Le politiche familiari “societarie”: una nuova configurazione oltre il compromesso lib/lab*, in «Sociologia e Politiche Sociali», IV, n. 3, pp.81-90.

(2003) *Sociologia delle politiche familiari*, Roma, Carocci

(2006a) *Manuale di sociologia della famiglia*, Roma-Bari, Laterza.

(2006b) *Invito alla sociologia relazionale. Teoria e applicazioni*, Milano, Franco Angeli.

Donati P. (a cura di)

(2006) *Sociologia. Una introduzione allo studio della società*, Roma-Bari, Laterza.

(2012) *La famiglia in Italia. Sfide sociali e innovazioni nei servizi*, Roma, Carocci.

Donati, P. e Colozzi, I. (a cura di)

(2006) *Il Paradigma relazionale nelle scienze sociali: le prospettive sociologiche*, Bologna, Il Mulino.

Donati P. e Prandini R. (a cura di)

(2006) *Buone pratiche e servizi innovativi per la famiglia*, Milano, FrancoAngeli.

Donati, P. e Terenzi P. (a cura di)

(2005) *I Servizi sociali relazionali*, in *Invito alla sociologia relazionale. Teorie e applicazioni*, Milano, FrancoAngeli, pp.169-179.

Dovigo F.

(2007) *Strategie di sopravvivenza. Donne tra famiglia, professione e cura di sé*, Milano, Bruno Mondadori.

Ducci V.

(1988) *Come fare una relazione sociale*, in «Rassegna di Servizio sociale», n.3, EISS, Roma, pp.222-225.

Fargion S.

(2009) *Il Servizio sociale. Storia, temi, dibattiti*, Roma, Laterza.

Ferguson, H., Jones, K., Cooper, B. (a cura di)

(2008) *Lavoro per Bene. Buone Pratiche nel Servizio Sociale*, ed. italiana Maria Luisa Raineri, Pelgrave Mcmillan, Trento, Erickson.

Ferrario F.

(2013) Modello unitario centrato sul compito in Campanini *et al.*, *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, pp. 392-398.

Folgheraiter F.

(1998) *Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete*, Milano, FrancoAngeli.

(2000a) *La Logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Trento, Erickson.

(2000b) *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Trento, Erickson.

(2005a) *I Servizi sociali relazionali*, in P. Donati e P. Terenzi (a cura di), *Invito alla sociologia relazionale. Teorie e applicazioni*, Milano, FrancoAngeli, pp. 169-179.

(2005b) *Servizi Relazionali*, in «Lavoro Sociale», 5, 1, pp.131-140.

Galli D.

(2006) *Il Servizio Sociale per minori. Manuale pratico per assistenti sociali*, Milano, FrancoAngeli.

Galli D. Degiorgis L.

(2010), Genitori fragili: assistente sociale e educatore nella valutazione delle cure parentali, relazione presentata al terzo Convegno internazionale sulla Qualità del Welfare “La tutela dei minori: buone pratiche e innovazione”, 11-13 novembre 2010, Riva del Garda, Centro Studi Erickson.

Ghezzi D.

(2012) *La valutazione della recuperabilità genitoriale: una via per la cura dei genitori maltrattanti* in «MinoriGiustizia», n- 1, pp.129-140

Ghezzi D. e Vadilonga F. (a cura di)

(1996) *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Gilli G., Greco O., Regalia C. e Benfatti G.

(1990) *Il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare*, Vita e Pensiero

Gleijeses M.G.

(2012) *La cura della famiglia: anzitutto la valutazione della recuperabilità in «MinoriGiustizia»*, n- 1, pp. 141-146.

Goldstein H.

(1973) *Social work practice: a unitary approach*, university of South Carolina

(1999) *The limits and art of understanding in social work practice*, in «Families in Society», Vol.80, n.4, pp 385-395.

Gui, L.,

(2004) *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Roma, Carocci Faber.

Hare I.

(2004) *Defining social work for the 21st century. The International Federation of Social Workers revised definition of social work*, in *International Social Work*», vol. 47, n. 3, pp. 407-424, trad. it. *Cos'è il lavoro sociale. La definizione internazionale approvata a Montreal nel 2000*, in «Lavoro Sociale», vol. 6, n. 2, pp. 151-166.

Hartman A.

(1995) *Diagrammatic assessment of family relationships*, in «Families in Society», n.76, vol. 2, pp.111–122.

Horwath J.

(2009) *The Child's World: the Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*, London, Jessica Kingsley.

Ionio C.

(2005) *Parenting: definizione, modelli e caratteristiche culturali*, in Di Balsio P. (a cura di) *Tra rischio e protezione*, Milano, Edizioni Unicopli, pp.53-70.

Lavinguer S. Coutu S. Dubeau D.

(2011) *Sostenere la genitorialità. Strumenti per rinforzare le competenze educative*. Edizione italiana a cura di Milani P. Serbati S. e Ius M., Trento, Erickson.

Maci F.

(2011) *Lavorare con le famiglie nella tutela minorile. Il modello della family group conference*, Trento, Erickson.

Malagoli Togliatti M. e Mazzoni S. (a cura di)

(2006) *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lausanne Triangue Play clinico*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Merlini, Bertotti T. e Filippini

(2007) *Valutazione dei casi e diagnosi sociale*, in De Ambrogio U., Bertotti T. e Merlini F., *L'assistente sociale e la valutazione*, Roma, Carocci, pp. 115-138.

Milani P., Serbati S. e Ius M. (a cura di),

(2011) *PIPPI: Guida operativa*, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Padova, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Documento interno ad uso degli operatori coinvolti nella sperimentazione nazionale.

Pacifico M. e Coppola L.

(2010) *NVIVO: una risorsa metodologica. Procedure per l'analisi dei dati qualitativi*, Milano, FrancoAngeli.

Parton N. O'Byrne P.

(2000) *Costruire soluzioni sociali. Costruttivismo e nuove pratiche di lavoro sociale*, Trento, Erickson.

Payne, M.

(1995) *Case management e servizio sociale*, Trento, Erickson.

(2006) *What is Professional social work?*, Bristol, Policy Press, pp.121-174.

Perino A.

(2010) *Il servizio sociale. Strumenti, attori e metodi*, FrancoAngeli.

Perlman H.H.

(1958) *Social casework: a problem-solving process*, Chicago Univ. of Chicago Press.

(1965) *Self-determination: Reality or illusion?*, in «Social Service Review», n.39, 410-421.

(1976) *Believing and doing: Values in social work education*, in «Social Casework», n.57, 381-390.

Pincus A. Minahan A.

(1973) *Social work practice: model and method*, F.E. Peacock.

Prandini R.

(2007a) *Il capitale sociale familiare in prospettiva relazionale*, in «Sociologia e politiche sociali», vol. 10, 1, Milano, FrancoAngeli.

(2007b) *Servizi Relazionali sussidiari e (meta) riflessività. Il caso di "Giocoamico" di Parma*, in «Sociologia e Politiche Sociali», 10, 3, Milano, FrancoAngeli.

Raineri M.L.

(2004) *Il metodo di rete in pratica. Studi di caso nel servizio sociale*, Trento, Erikson.

Reader P. e Lucey C.

(1997) *Cure genitoriali e rischio di abuso. Guida per la valutazione*, Trento, Erickson.

Regoliosi, L.

(2001) *La famiglia nella legge quadro* in «La Famiglia», n.205.

Richards L.

(1999) *Using NVIVO in Qualitative Research*, London, SAGE publications

Richmond M.

(1917) *Social diagnosis*, New York.

Rogers C.

(1951) *Client-centered Therapy*, Boston, Houghton Mifflin.

Rossi, G.

(2010) *Servizi e interventi sociali per le famiglie e con le famiglie lungo il ciclo di vita*, Atti della Conferenza nazionale della famiglia, Milano, 8-10 novembre 2010.

Rovai,

(2013) Cartella sociale in Campanini (a cura di) *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, pp. 124-126.

Samory E

(2004) *Manuale di scienza di Servizio Sociale, Vol. I Conoscenza-Teorizzazione della prassi-Metodologia*, Clueb

Seed P.

(1997) *Analisi delle reti sociali. La network analysis nel servizio sociale*, Trento, Erickson.

Serbati S. Milani P.

(2013) *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*, Roma, Carocci.

Silverman D.

(2000) *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*, edizione italiana a cura di Giampietro Gobo, Roma, Carocci.

Smalley R. E.

(1967) *Theory for Social Work Practice*, New York: Columbia University Press.

Straus M.

(1979) *Measuring intra family conflict and violence: the Conflict Tactics Scale*, Journal of Marriage and the Family, 41, pp. 75-88.

Stanzani S.

(2006) *Relazionalità dei servizi sociali e servizi sociali relazionali*, in Donati P. e Colozzi I. (a cura di) *Il Paradigma relazionale nelle scienze sociali: le prospettive sociologiche*, Bologna, Il Mulino.

Tipaldo G.

(2014) *L'analisi del contenuto e i mass media. Oggetti, metodi e strumenti*, Bologna, Il Mulino.

Todd D.

(1970) *Social network mapping*, in W.R. Curtis, *The future use of social networks in mental health*, Boston, Social Matrix Inc.

Tronca, L.

(2006) *Paradigma relazionale e nuovi modelli di governance* in Donati P. e Colozzi I. (a cura di) *Il Paradigma relazionale nelle scienze sociali: le prospettive sociologiche*, Bologna, Il Mulino.

Vecchiato, T.

(2001) *Principi e criteri per confrontare modelli di welfare*, in «Studi Zancan», n. 1, pp. 40-59.

Watzlawick P., Beavin J.H. e Jackson D.D.

(1971) *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio-Ubaldini.

Zanatta A.L.

(2008) *Le nuove famiglie*, il Mulino, Bologna.

Zini, M. T e Miodini S.

(1997) *Il colloquio di aiuto*, Roma, NIS.

SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

www.ausl.bologna.it

www.provincia.milano.it/export/sites/default/affari_sociali/Allegati/IUS_Narrare_l'affido_sul_filo_della_resilienza_Milano_23.10.2012.pdf

www.centrotiama.it/home/areprof/approfcini.html

www.you-respond.eu

www.dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.10.002.

www.childwelfare.gov/systemwide/assessment/family_assess/parentalneeds/skills.cfm

www.parenting-healthy-children.com/positive_parenting.html

www.nasmhpd.org

www.incredibleyears.com/library/items/adapting-incredible-years-families-welfare-system_10.pdf

www.educazione.unipd.it/labrief/attachments/article/114/GUIDA_schedaRPM2272010.pdf

www.educazione.unipd.it/labrief

www.air.unimi.it/bitstream/2434/10114/1/focus%20group%20-%20Sociologia%20e%20Ricerca%20Sociale.pdf.

www.epicentro.iss.it/ben/2009/maggio/maggio.pdf

www.garanteinfanzia.org/garanti-regionali

APPENDICE METODOLOGICA

1. Griglia per la selezione dei casi

Professionista _____

☐ Caso seguito con altro professionista psicologo ☐ educatore ☐

Caso Nuovo ☐ Caso già in carico, da mesi/anni ☐

	<i>Richiedente/segnalante</i>		<i>Mandato</i>		<i>Problematica</i>
<input type="checkbox"/>	Procura c/o TM	<input type="checkbox"/>	Richiesta di indagine psicosociale	<input type="checkbox"/>	Grave conflittualità di coppia
<input type="checkbox"/>	Tribunale per i Min.				
<input type="checkbox"/>	Tribunale Ordinario	<input type="checkbox"/>	Richiesta di monitoraggio	<input type="checkbox"/>	Maltrattamento fisico, psicologico e abuso sessuale
<input type="checkbox"/>	Servizi (Sociali, sanitari, educativi, scolastici)	<input type="checkbox"/>	Richiesta ex art.317 bis (separazioni conflittuali)	<input type="checkbox"/>	Patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura)
<input type="checkbox"/>	Altro (Cittadini, Forze dell'Ordine, etc.)	<input type="checkbox"/>	Richiesta di valutazione delle competenze genitoriali (tutela, affido, adattabilità, etc.)	<input type="checkbox"/>	Penale minorile
		<input type="checkbox"/>	Segnalazione situazione all' A.G.	<input type="checkbox"/>	Abbandono
				<input type="checkbox"/>	Gravi problematiche relazionali

2. Traccia per la realizzazione dei primi incontri con gli operatori in cui la metodologia di riferimento è stata il role-playing

Come impostare il percorso di valutazione

Consegna: a partire dal caso presentato il gruppo dovrà fare un'ipotesi di percorso di valutazione con particolare riferimento a quali strumenti utilizzare, come e perché.

Ogni gruppo elabora un cartellone con la sintesi dell'attività svolta che sarà poi presentato da un portavoce in plenaria.

Caso: Decreto del Tribunale per i Minorenni con richiesta di valutazione delle cure parentali.

Situazione familiare.

Il padre Ramadan, di anni 32 di origine Kosovara, è giunto in Italia come clandestino nel 2009 e poco dopo ha intrapreso il percorso per il riconoscimento dello status di rifugiato politico. E' stato per questo preso in carico dal Servizio Stranieri di Asp ed al momento, ottenuto regolare permesso di soggiorno, ha trovato un lavoro con contratto a tempo determinato e lasciato il gruppo appartamento dove era stato collocato per un posto letto reperito nel mercato privato; ha un reddito di circa 800 euro mensili e paga un affitto di 220 euro. Non ha a Bologna alcuna rete, né parentale né di amici.

La madre Maria, di anni 29 italiana, appartiene ad una famiglia multiproblematica è conosciuta e seguita dai Servizi fin da minorenni. Maria ha un'altra figlia, Samantha, nata da una relazione con un cittadino extracomunitario, collocata in affidamento etero-familiare dall'età di 5 anni sia per le gravi carenze delle cure genitoriali che per un episodio di presunto abuso da parte del nonno materno. Maria ha conseguito la licenza media con fatica, non ha mai lavorato ed ha avuto una lunga storia di tossicodipendenza per la quale è in carico al Sert.

Maria ha avuto una seconda figlia, Desirè di 2 anni, dalla relazione con Ramadan ed al momento della nascita della bambina ha accettato di entrare in una comunità per tossicodipendenti con la figlia; la coppia ha convissuto solo per poco tempo prima della nascita di Desirè nella casa dei nonni materni. A causa di forti tensioni e conflitti i due genitori si sono lasciati per poi riprendere la relazione solo recentemente.

Motivo della convocazione.

Conclusosi il percorso in comunità terapeutica con esito positivo relativamente al problema della tossicodipendenza, permangono grosse difficoltà di Maria ad occuparsi in modo adeguato di Desirè. Successivamente alla prima segnalazione (al momento della nascita di Desirè) dell'assistente sociale del Servizio Minori alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni non è stato adottato alcun provvedimento; a seguito di un ulteriore aggiornamento viene emesso un decreto che affida la minore al Servizio, ne prevede il collocamento in luogo protetto possibilmente con la madre e richiede al Servizio una valutazione delle cure parentali di entrambi i genitori.

L'utilizzo di griglie relative agli stili relazionali

Consegna: a partire da un caso che viene presentato dai formatori il sottogruppo individua un assistente sociale, un padre, una madre e un verbalizzante che hanno il compito di simulare il primo colloquio del percorso di valutazione mediante l'utilizzo dell'area "atteggiamenti verso la convocazione" della scheda multidimensionale.

Per poter effettuare la simulazione è necessario che le due persone che interpretano i genitori si prendano '15 di tempo per accordarsi sulla "trama" della loro storia e degli atteggiamenti con cui si proporranno all'operatore, pertanto il colloquio non durerà più di '45).

Agli altri componenti del gruppo viene assegnato il ruolo di osservatore. Gli osservatori dovranno rilevare la dinamica relazione complessiva del colloquio e lo stile relazionale dei partecipanti (famiglia e assistente sociale), compilando una specifica griglia che sarà loro consegnata

Caso: Valutazione competenze genitoriali per nucleo in carico con decreto di Vigilanza.

La madre di nome Anna, ha 43 anni, è figlia unigenita e proviene da una famiglia del sud Italia.

La sua infanzia è stata caratterizzata dalla morte del padre in tenerissima età, un rapporto molto stretto, quasi esclusivo, con la madre e un modello educativo di forte ritiro sociale.

Quando ha 16 anni la madre si ammala gravemente e muore dopo pochi mesi. In quel periodo, Anna, va a vivere con degli zii, e in fase di profonda solitudine, conosce il suo primo compagno, tossicodipendente, dal quale ha un figlio che entrambi i genitori non riconoscono, il piccolo viene dato in adozione.

All'età di 22 anni Anna si trasferisce a Bologna e viene presa in carico dal S.S. Adulti per problemi economici e abitativi. Viene inserita in un dormitorio pubblico dove conosce Marco, un uomo di 40 anni senza fissa dimora.

Nel 2000 i due si sposano vivendo prima in strada poi in una pensione molto degradata.

All'ottavo mese di gravidanza, Anna si rivolge al servizio sociale per un aiuto vista l'inadeguatezza della sistemazione abitativa e l'imminente nascita del bambino e alla nascita di Simone, constatato lo stato di grave disagio, la madre viene inserita con il figlio in una comunità protetta.

Dopo le iniziali resistenze Anna instaura un rapporto di fiducia con gli operatori della struttura e si adatta alle regole della Comunità, si mostra attenta e adeguata nell'accudimento del bambino ma permangono limiti e difficoltà nel fare progetti e acquisire una autonomia.

Anna appare dipendente dal marito e non sente l'esigenza di riprendere il lavoro, nonostante la condizione economica molto precaria.

Il padre ha difficoltà a rapportarsi con il servizio e a mantenere un lavoro e una sistemazione abitativa stabile, preferendo vivere per strada.

Il Servizio segnala la situazione alla Procura c/o il TM che affida il minore al Servizio Sociale mantenendolo collocato in struttura protetta con la madre e dispone una valutazione sulle competenze genitoriali nonché una valutazione dei rapporti tra il minore e i genitori.

Il percorso della signora in comunità prosegue positivamente. La relazione con il figlio appare buona, sia a livello affettivo che per quanto riguarda l'accudimento e l'attenzione ai suoi bisogni.

La signora inizia a cercare un'attività lavorativa stabile dimostrando buone capacità di autonomia nella ricerca del lavoro e un buon investimento sul futuro.

Nel 2003 inizia il percorso di separazione dal marito dal quale inizia a mostrarsi più autonoma e inizia dei colloqui con una psicologa del territorio giungendo ad una maggiore consapevolezza della propria vulnerabilità emotiva.

Nello stesso anno il padre interrompe ogni rapporto con i Servizi e con il figlio continuando a vivere per strada.

Anna viene inserita in un appartamento di maggiore autonomia e trova lavoro come collaboratrice scolastica presso le diverse Direzioni didattiche del territorio.

Nel 2006 Anna ottiene l'assegnazione di un alloggio pubblico dove si trasferisce con il figlio.

Si inseriscono positivamente nel nuovo contesto e la madre instaura anche delle relazioni significative di vicinato che la supportano nei momenti di maggiori difficoltà.

Valutati i significativi progressi della madre, il TM con decreto definitivo affida il minore alla madre e decreta la decadenza della potestà del padre incaricando il Servizio Sociale di svolgere una vigilanza sulla situazione familiare garantendo ogni sostegno utile.

Nel 2007 Anna perde nuovamente il lavoro e nel 2008 il servizio sociale inizia a sostenerla economicamente al fine di evitare regressioni fino al 2011 quando viene attivata una borsa-lavoro con finalità assistenziali.

Con l'inserimento alle scuole elementari, Simone, che inizialmente appare sereno, ben accudito e adeguato all'età, nel tempo inizia a mostrare difficoltà di relazione tra i pari, bisogno di attenzione da parte delle figure adulte e una scarsa autonomia.

In III elementare le insegnanti segnalano il bambino al Servizio di NPI per la certificazione in quanto Simone presenta diverse lacune, in classe appare disordinato, distratto.

La madre rifiuta la certificazione perché teme che il figlio venga preso in giro dai compagni.

Simone viene inserito in un gruppo socio educativo dove emergono le difficoltà di relazione tra i pari ma anche i bisogni di protezione e accudimento.

Nel 2010 la madre instaura una nuova relazione sentimentale con un uomo di 50 anni, Nicola, disoccupato, che nel 2011 si trasferisce presso l'abitazione del nucleo.

Di recente viene segnalato al Servizio un peggioramento della situazione: Simone sembra trascorrere molto tempo da solo, dimostra di avere una conoscenza dettagliata della sessualità adulta e appare trascurato dal punto di vista igienico. Inoltre è in forte sovrappeso.

Viene visto a dormire in orario notturno su una panchina del parco mentre la madre è con il nuovo compagno.

Anna interrompe la borsa lavoro e non dà alcuna comunicazione né al Servizio né alla ditta presso cui lavorava.

Motivo della convocazione.

L'assistente sociale convoca la madre per comprendere meglio le attuali condizioni di vita di Simone e lo stile educativo della madre. Una nuova valutazione delle cure parentali appare a questo punto indispensabile per comprendere se esista una situazione di pregiudizio che necessiti di essere nuovamente segnalata alla Procura.

Questo percorso

Consegna: in ogni sottogruppo uno dei due conduttori avrà il ruolo di osservare tali aspetti mentre l'altro si occuperà di gestire la relazione con il gruppo avendo cura di far emergere: le motivazioni, le aspettative, i bisogni, le resistenze (rilevate non direttamente ma tramite l'osservazione) e le perplessità/le paure dei partecipanti. Fatto ciò, si lascia del tempo per ridefinire in senso positivo all'interno del sottogruppo tali criticità, chiedendo loro cosa pensano possa aiutarli a risolvere tali problematicità, facendo emergere le possibili strategie e sostenendo le capacità di fronteggiamento.

3. Traccia per la realizzazione degli incontri con gli operatori in cui la metodologia di riferimento è stata il *focus-group*

Scelta dei casi e supervisione alla sperimentazione

Brevissima presentazione del ricercatore (AO), del *recorder* (FM) e della ricerca.

Comunicazioni circa la registrazione audio e l'utilizzo di codifica per garantire l'anonimato.

Richiesta di una presentazione introduttiva di ogni partecipante.

Domanda di apertura (*15 minuti circa*)

Partecipare ad un progetto di formazione e sperimentazione è sempre qualcosa che ha una sua complessità e nasce, si genera in un certo momento della vita professionale e all'interno anche dei rapporti con l'organizzazione in cui si opera. Quali elementi descrivono le vostre principali motivazioni?

*Qualificazione professionale

*Metodo

*Miglioramento della qualità del lavoro

*Formazione

*Unificazione delle pratiche professionali

*Valutazione della condizione di benessere dei minori

Domande di transizione

Che cosa significa per voi utilizzare degli strumenti di diagnosi sociale? Nella vostra esperienza cosa differenzia un'indagine svolta con questi strumenti da una condotta con metodologie classiche?

Domanda introduttiva (*25 minuti circa insieme alla "domanda di transizione"*)

Spostandoci sulla dimensione più operativa e specifica dell'essere all'interno di un progetto di ricerca-azione, ci sono delle IMMAGINI O PAROLE con cui descrivereste queste attività sperimentate?

Dall'inizio di questa esperienza, riuscite ad elencare aspetti sui quali vi sentite più bravi, forti, avete vissuto dei cambiamenti positivi?

E invece ci sono aspetti che sono da migliorare?

Come descrivereste le relazioni che si creano o che dovrebbero crearsi all'interno del gruppo di lavoro e con l'utenza del servizio sociale?

Domande chiave (*30 minuti*)

Nel lavoro sociale spesso ci si trova a dover fronteggiare diverse situazioni di difficoltà, nel corso del progetto gli strumenti vi sono serviti per trattare...

*Grave conflittualità di coppia/separazione

*Maltrattamento fisico, psicologico e abuso sessuale

*Patologia delle cure

*Penale minorile

*Abbandono

*Gravi problematiche relazionali/conflittualità familiare

In quali casi pensate che l'utilizzo degli strumenti possa essere utile?

*Richiesta dell'autorità giudiziaria

*Rivalutazione del progetto/monitoraggio

*Progettazione a fronte di cambiamenti

Alla luce degli aspetti in cui vi sentite forti e quelli invece da potenziare, come pensate che gli strumenti di diagnosi sociale abbiano influenzato le vostre pratiche lavorative?

Quali riflessioni vi sentite di fare sulle relazioni con le famiglie?

Domande di chiusura (*10 minuti*)

Da Ultimo: che cosa rappresenta per voi

C'è qualcosa da aggiungere? Volete fare delle precisazioni? Aggiungere dei chiarimenti?

Scelta dei casi e supervisione alla sperimentazione

Brevissima presentazione del ricercatore (AO), del *recorder* (FM) e della ricerca.

Comunicazioni circa la registrazione audio e l'utilizzo di codifica per garantire l'anonimato.

Richiesta di una presentazione introduttiva di ogni partecipante.

Domanda di apertura (*15 minuti circa*)

Quale CASO presento: in base ai criteri individuati nella griglia iniziale di selezione dei casi

Domande di transizione

QUALI STRUMENTI ho scelto di applicare e MOTIVAZIONI

Domanda introduttiva (*25 minuti circa insieme alla "domanda di transizione"*)

COME ho utilizzato gli strumenti con le famiglie e con i bambini/adolescenti

Domande chiave (*30 minuti*)

In che modo e in che misura gli strumenti hanno influenzato la RELAZIONE CON GLI UTENTI e COME MI SONO SENTITO NELL'UTILIZZARLI

4. I questionari



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Progetto Sperimentale Strumenti per la Diagnosi Sociale

Questionario anonimo- Scheda di ingresso famiglia 1

Quanto pensi:

... che questo percorso sarà utile per te?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... che nella tua famiglia ci siano dei problemi?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

...di aver bisogno di aiuto?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... che sarai ascoltato?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... che sarà accolto il tuo punto di vista?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... che sarai aiutato a raccontare la tua storia familiare?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... che sarai aiutato a comprendere meglio la tua situazione?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... che sarai aiutato a migliorare la tua situazione familiare?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

COD FAM

Progetto Sperimentale Strumenti per la Diagnosi Sociale

Scheda di ingresso operatore 1

Quanto pensi che questo percorso:

... ti sarà utile?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... favorirà l'accoglienza della famiglia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... faciliterà la costruzione di una relazione di ascolto e di fiducia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ti aiuterà a stimolare la narrazione della storia familiare?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ti aiuterà a valutare la situazione della famiglia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ti aiuterà ad elaborare la diagnosi sociale?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ti aiuterà ad individuare ipotesi di intervento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ti aiuterà a condividere la diagnosi sociale con la famiglia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ti aiuterà a costruire le ipotesi di intervento con la famiglia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

COD FAM

Progetto Sperimentale Strumenti per la Diagnosi Sociale

Questionario anonimo- Scheda famiglia 2

Quanto ti sei sentito:

... ascoltato?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

...sostenuto?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... giudicato?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Quanto ti sembra:

... sia stato accolto il tuo punto di vista?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... sia stata compresa la tua situazione?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Quanto questa attività ti ha aiutato a:

...chiarire la tua situazione?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... comprendere meglio il punto di vista dei tuoi familiari?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

...vedere le difficoltà presenti nella tua famiglia?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... vedere i punti di forza presenti nella tua famiglia?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

COD FAM

NOME STRUMENTO



Questionario anonimo – Scheda 2 Strumento per il minore

Quanto ti sei sentito/a

... ascoltato?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... giudicato?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

Quanto ti sembra:

... sia stata capita la tua situazione?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

Quanto questa attività ti ha aiutato a:

...vedere le difficoltà presenti nella tua famiglia?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

... vedere i punti di forza presenti nella tua famiglia?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

COD FAM

Progetto Sperimentale Strumenti per la Diagnosi Sociale

Scheda operatore 2

Quanto ti sembra di aver:

... ascoltato?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... sostenuto?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... giudicato?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... accolto il punto di vista altrui?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... compreso ciò che ti è stato raccontato?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Quanto lo strumento ti ha aiutato a:

... raccogliere le informazioni?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... far emergere i punti di forza/debolezza della famiglia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... valutare la situazione familiare?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... a sostenere la relazione di aiuto?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

COD FAM

NOME STRUMENTO

Questionario anonimo- Scheda famiglia 3

Quanto pensi:

... che questo percorso sia stato utile per te?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... di essere stato ascoltato durante tutto il percorso?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... che sia stato accolto il tuo punto di vista?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... di essere stato aiutato/sostenuto?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Quanto questo percorso ti ha permesso di:

... raccontare la tua storia familiare?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... chiarire la tua situazione familiare?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... costruire insieme all'assistente sociale una nuova lettura delle tue vicende familiari?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

... partecipare alla costruzione delle ipotesi di intervento?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Quanto ritieni gli interventi individuati adatti e capaci di produrre miglioramenti?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Come valuti nel complesso la qualità della relazione d'aiuto?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

COD FAM

Scheda operatore 3

Quanto pensi che questo percorso sia stato utile per lo svolgimento del tuo ruolo professionale?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Quanto ti sembra in questo percorso:

... di aver creato un clima di ascolto e di fiducia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... di aver accolto le rappresentazioni dei vari membri familiari?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... di aver favorito la narrazione della storia familiare?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Quanto questo percorso ti ha aiutato a:

... valutare la situazione familiare?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... elaborare la diagnosi sociale?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... individuare ipotesi di intervento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... condividere con la famiglia una nuova lettura delle vicende familiari?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... costruire con la famiglia le ipotesi di intervento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Come valuti nel complesso la qualità della relazione d'aiuto?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

COD FAM

5. Traccia per le interviste

Intervista utenti

Preambolo:

- presentazione e conoscenza reciproca
- breve riassunto della ricerca e spiegazione della finalità dell'intervista
- segretezza dei dati, tutela della privacy e consenso alla registrazione dell'intervista
- ultime spiegazioni sull'intervista: composizione, durata...
- domande e chiarimenti

Blocco1

La situazione familiare

1-Il tuo nominativo è stato selezionato per la ricerca poiché hai partecipato ad percorso, svolto presso i Servizi Sociali, per la diagnosi sociale: quali sono a tuo avviso le motivazioni che hanno portato al rapporto coi Servizi e alla proposta di questo iter?

Sollecitare l'emergere della percezione dell'utente rispetto ad una eventuale situazione di difficoltà familiare e alla finalità e utilità dell'intervento del S.S.

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di entrata nel percorso, che chiedevano di valutare "Quanto pensi"

- che questo percorso sarà utile per te?
- che nella tua famiglia ci siano dei problemi?
- di aver bisogno di aiuto?

2-Quale è stato, secondo la tua esperienza personale, il ruolo del Servizio Sociale in questa occasione?

Sollecitare l'espressione del punto di vista attraverso esempi concreti.

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di entrata nel percorso, che chiedevano di valutare "Quanto pensi"

- che sarai aiutato a raccontare la tua storia familiare?
- che sarai aiutato a comprendere meglio la tua situazione?
- che sarai aiutato a migliorare la tua situazione familiare?

3-Era la prima volta che venivi a contatto con i Servizi Sociali?

Se sì, mi racconti come hai vissuto la convocazione?

Se no, ti va di raccontarmi le motivazioni che avevano portato ad una presa in carico da parte del Servizio?

Sollecitare l'emergere di precedenti esperienze di rapporto con i S.S. e proporre un confronto.

Se possibile approfondire cosa ci si aspettasse incontrandoli, quali paure, pregiudizi, aspettative e come queste si siano concretizzate o meno, nonché il rapporto con l'operatore sociale

4-Nel percorso di diagnosi sociale è stato coinvolto anche tuo figlio/a?

Se sì, mi racconti quali attività sono state svolte con lui/lei e il tuo vissuto rispetto al suo coinvolgimento?

Il bambino/a ti ha parlato delle attività che ha svolto con l'assistente sociale?

E l'operatore?

Cercare di far emergere sia il punto di vista del genitore rispetto al coinvolgimento dei figli sia il punto di vista del minore, dove possibile

5-Nel percorso di diagnosi sociale è stato coinvolto anche il padre/madre di tuo figlio/a?

Cercare di far emergere sia un po' della storia familiare sia il tipo di coinvolgimento delle parti: colloqui congiunti o separati (motivazione percepita di tale scelta) restituzione congiunta o separata, esiti dell'iter

Blocco 2

Il percorso di valutazione

6-Poiché sei stato coinvolto direttamente, in prima persona, nel percorso di diagnosi sociale dei Servizi sociali, potresti cercare di spiegarmi con parole tue, come si compone e cos'è secondo te questo iter?

Sollecitare l'emergere del punto di vista diretto dell'utente e i suoi vissuti, cercare di chiarire quale percezione ha avuto, rispetto alla costruzione di un percorso individuale o standardizzato, ai feedback, al suo essere partecipe o protagonista

7-Il percorso intrapreso con l'assistente sociale ha previsto l'utilizzo di diversi strumenti, pensando alla tua esperienza diretta, te ne viene in mente qualcuno? Verificare se qualche strumento viene ricordato in modo particolare e quali sono le motivazioni.

Approfondire facendosi raccontare l'esperienza diretta. Di quale strumento si tratta, perché gli è rimasto impresso, il vissuto della somministrazione e della restituzione, a cosa è servito.

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda relativi agli strumenti, che chiedevano di valutare "Quanto questa attività ti ha aiutato a"

-chiarire la tua situazione?

-comprendere meglio il punto di vista dei tuoi familiari?

-vedere le difficoltà presenti nella tua famiglia?

-vedere i punti di forza presenti nella tua famiglia?

8-Pensi che questo percorso sia stato utile per te e per la tua famiglia? Motiva la tua risposta facendo riferimento ad esempi concreti.

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di conclusione del percorso, che chiedevano di valutare "Quanto pesi"

-di essere stato ascoltato durante tutto il percorso?

-che sia stato accolto il tuo punto di vista?

- di essere stato aiutato/sostenuto?

Cercare di fare riferimento anche agli item della scheda di conclusione del percorso, che chiedevano di valutare "pensi che questo percorso abbia permesso di"

-raccontare la tua storia familiare?

-chiarire la tua situazione familiare?

-costruire insieme all'assistente sociale una nuova lettura delle tue vicende familiari?

-partecipare alla costruzione delle ipotesi di intervento?

Blocco 3

Concetti chiave e punti di vista

9-Sicuramente ricordi che i questionari che hai compilato, quando hai accettato di far parte della ricerca, chiedevano di valutare quanto ti sei sentito ascoltato. Potresti spigarmi cosa significa per te ascoltare e in che modo una assistente sociale può far sentire ascoltata o non ascoltata una persona?

Sollecitare l'emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all'esperienza concreta. Facilitare il racconto attraverso l'utilizzo di esempi concreti

10-Mi spiegheresti, allo stesso modo, un altro termine che hai trovato sui questionari? La parola è: sostenuto. In che modo l'assistente sociale sostiene? In che modo ci si sente sostenuti?

Sollecitare l'emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all'esperienza concreta. Facilitare il racconto attraverso l'utilizzo di esempi concreti

11-E giudicati?

Sollecitare l'emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all'esperienza concreta. Facilitare il racconto attraverso l'utilizzo di esempi concreti sia rispetto al rapporto con i S.S. sia rispetto alla vita e alle esperienze quotidiane

12-In che modo, a tuo avviso, l'assistente sociale può accogliere il tuo punto di vista?

Sollecitare l'emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all'esperienza concreta. Facilitare il racconto attraverso l'utilizzo di esempi concreti

13-Ritieni che questo iter sia servito anche a individuare degli interventi successivi? Se sì, ti va di descrivermi e raccontarmi la tua esperienza diretta, spiegandomi quanto li hai trovati adatti e capaci di produrre miglioramenti?

14-Pensi che il tuo rapporto con l'assistente sociale possa essere definito come un relazione d'aiuto? Mi spiegheresti il significato di questo termine, anche attraverso l'utilizzo di alcuni esempi?

15-Il questionario che hai compilato ti chiedeva di valutare proprio questa "relazione di aiuto" sapresti spiegarmi quali criteri hai utilizzato per esprimere il tuo giudizio?

Intervista operatori

Preambolo:

- presentazione e conoscenza reciproca
- breve riassunto della ricerca e spiegazione della finalità dell'intervista
- segretezza dei dati, tutela della privacy e consenso alla registrazione dell'intervista
- ultime spiegazioni sull'intervista: composizione, durata...
- domande e chiarimenti

Blocco 1

Aspettative e atteggiamento verso la sperimentazione

1-Il tuo nominativo è stato selezionato per la ricerca poiché hai partecipato ad percorso, svolto in collaborazione tra il centro specialistico "Il faro" e l'Università di Bologna, per la costruzione e la sperimentazione di strumenti per la diagnosi sociale: quali sono a tuo avviso le motivazioni che ti hanno spinto a partecipare?

Sollecitare l'emergere della percezione dell'operatore rispetto ad una eventuale situazione di difficoltà professionale e alla finalità e utilità del percorso

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di entrata nel percorso, che chiedevano di valutare "Quanto pensi"

- che questo percorso ti sarà utile?
- favorirà l'accoglienza della famiglia?

2-Quale è stato, secondo la tua esperienza professionale e personale, il ruolo del Servizio Sociale storicamente? Quale l'immagine sociale dell'assistente sociale? Quale il tuo vissuto a tal proposito?

3-Prima di partecipare a questo percorso formativo e sperimentale quale erano le tue metodologie professionali di riferimento? Come svolgevi le indagini sociali? Sollecitare l'emergere di precedenti esperienze e proporre un confronto.

Se possibile approfondire attraverso esempi concreti e riferimenti a casi condotti.

4-Il questionario che hai compilato partecipando alla ricerca ti chiedeva di valutare, avvicinandoti al percorso, una serie di item. Riguardandoli quali senti più vicino alla sensazione provata nella fase iniziale, avvicinandoti a questo tipo di approccio?

Quanto pensi che questo percorso:

- faciliterà la costruzione di una relazione di ascolto e di fiducia?
- ti aiuterà a stimolare la narrazione della storia familiare?
- ti aiuterà a valutare la situazione della famiglia?
- ti aiuterà ad elaborare la diagnosi sociale?
- ti aiuterà ad individuare ipotesi di intervento?
- ti aiuterà a condividere la diagnosi sociale con la famiglia?
- ti aiuterà a costruire le ipotesi di intervento con la famiglia?

Per facilitare la spiegazione chiedere di scegliere e spiegare le 3 frasi che meglio descrivono le aspettative

Blocco 2

Il percorso di valutazione

5-Poiché sei stato coinvolto direttamente, in prima persona, nel percorso di diagnosi sociale dei Servizi sociali, potresti cercare di spiegarmi con parole tue, come si compone e cos'è secondo te questo iter?

Sollecitare l'emergere del punto di vista diretto dell'operatore e i suoi vissuti, personali e professionali, cercare di chiarire quale percezione ha avuto, rispetto alla costruzione di un percorso individuale o standardizzato, ai feedback, al rendere partecipe o protagonista l'utente

6-Il percorso intrapreso ha previsto l'utilizzo di diversi strumenti, pensando alla tua esperienza diretta, te ne viene in mente qualcuno? Verificare se qualche strumento viene ricordato in modo particolare e quali sono le motivazioni. Approfondire facendosi raccontare l'esperienza diretta. Di quale strumento si tratta, perché gli è rimasto impresso, il vissuto della somministrazione e della restituzione, a cosa è servito.

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda relativi agli strumenti, che chiedevano di valutare "Quanto questa attività ti ha aiutato a"

- chiarire la tua situazione?
- comprendere meglio il punto di vista dei tuoi familiari?
- vedere le difficoltà presenti nella tua famiglia?
- vedere i punti di forza presenti nella tua famiglia?

7-Pensi che questo percorso sia stato utile per te e per le famiglie coinvolte? Motiva la tua risposta facendo riferimento ad esempi concreti.

Se possibile condurre la riflessione richiamando gli item della scheda di conclusione del percorso, che chiedevano di valutare “Quanto pensi che lo strumento ti abbia aiutato a:

-racogliere le informazioni?

-far emergere i punti di forza/debolezza della famiglia?

-valutare la situazione familiare?

-sostenere la relazione di aiuto?

8-Nel percorso di diagnosi sociale che hai sperimentato era previsto il coinvolgimento diretto dei minori. Ti è capitato di sperimentare anche tale aspetto?

Se sì, mi racconti quali attività sono state svolte con i minori e il tuo vissuto rispetto al rapporto con i più piccoli?

Il bambino/a ti ha parlato delle attività che avete svolto insieme, ti ha dato un rimando?

E il genitore?

E tu a loro?

Cercare di far emergere sia il punto di vista dell’operatore rispetto al coinvolgimento dei minori sia il punto di vista della famiglia (bambino e genitori), dove possibile

Verificare se il contatto con il minore è demandato ad altre figure professionali o se c’è stato il coinvolgimento di altri operatori in modo integrato

Blocco 3

Concetti chiave e punti di vista

9-Sicuramente ricordi che i questionari che hai compilato, quando hai accettato di far parte della ricerca, chiedevano di valutare quanto ti sembrava di aver ascoltato. Potresti spiegarci cosa significa per te ascoltare e in che modo una assistente sociale può far sentire ascoltata o non ascoltata una persona?

Sollecitare l’emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all’esperienza professionale concreta. Facilitare il racconto attraverso l’utilizzo di esempi concreti

10-Mi spiegheresti, allo stesso modo, un altro termine che hai trovato sui questionari? La parola è: sostenuto. In che modo l’assistente sociale sostiene?

Sollecitare l’emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all’esperienza professionale concreta. Facilitare il racconto attraverso l’utilizzo di esempi concreti

11-E invece che significato ha per te la parola giudizio? Mi spieghi il valore/disvalore professionale di questo termine?

Sollecitare l’emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all’esperienza professionale concreta.

12-In che modo, a tuo avviso, l’assistente sociale può accogliere il punto di vista altrui?

Sollecitare l’emergere della concezione personale del termine nonché la percezione in relazione all’esperienza professionale concreta. Facilitare il racconto attraverso l’utilizzo di esempi concreti

Ricorda di approfondire i significati dei seguenti item della scheda “quanto ti sembra”:

-di aver accolto le rappresentazioni dei vari membri familiari?

-di aver favorito la narrazione della storia familiare?

-condividere con la famiglia una nuova lettura delle vicende familiari?

13-Ritieni che questo iter sia servito anche a individuare degli interventi successivi? Se sì, ti va di descrivermi e raccontarmi la tua esperienza diretta?

14-Racconta la vicenda e gli interventi di uno dei nuclei familiari coinvolti nella sperimentazione

15-Pensi che il tuo rapporto con le famiglie coinvolte possa essere definito come un relazione d'aiuto? Mi spiegheresti il significato di questo termine, anche attraverso l'utilizzo di alcuni esempi?

16-Il questionario che hai compilato ti chiedeva di valutare proprio questa "relazione di aiuto" sapresti spiegarmi quali criteri hai utilizzato per esprimere il tuo giudizio?

Ringraziamenti

Prima di tutto vorrei ringraziare tutti i partecipanti al progetto provinciale, dai promotori de “il Faro” agli operatori dei servizi sociali territoriali passando per le famiglie che mi hanno permesso di studiare l’esperienza di sperimentazione di Bologna e fare i primi passi nella ricerca. In particolare ringrazio, per la disponibilità e la forte motivazione personale e professionale, che hanno saputo infondere a tutto il gruppo, e a me *in primis*, Maria Agnese Cheli, Tiziana Mori e Francesca Pincanelli.

Grazie alla Prof.ssa Federica Bertocchi, per avermi accompagnato in quest’esperienza, con disponibilità e grande fiducia.

Grazie alla Prof.ssa Francesca Mantovani, che ha colto le mie idee e mi ha aiutata nella mia esperienza di studio e ricerca.

Grazie agli amici che mi hanno supportata e sopportato nella quotidianità di questi anni, in cui ho deciso di fare ricerca nonostante gli impegni familiari e lavorativi.

Grazie alla mia famiglia, che mi ha aiutato a raggiungere questo traguardo credendo in me, sempre.

E grazie anche ad Alice, che con i suoi sorrisi sdentati ha reso tutto più bello.